



INHALA VIDA, TOMA AIRE



XXVII SEMANA SIN HUMO
25-31 DE MAYO DE 2026

Las encuestas deben responderse antes del 28 de abril de 2026, directamente en el formulario online disponible en la web www.semanasinhumo.es/ (apartado «Encuesta»).

Fecha: _____

1. Comunidad autónoma

- | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía | <input type="checkbox"/> Castilla-La Mancha | <input type="checkbox"/> Comunidad Foral de Navarra |
| <input type="checkbox"/> Aragón | <input type="checkbox"/> Catalunya | <input type="checkbox"/> País Vasco |
| <input type="checkbox"/> Principado de Asturias | <input type="checkbox"/> Comunitat Valenciana | <input type="checkbox"/> La Rioja |
| <input type="checkbox"/> Illes Balears | <input type="checkbox"/> Extremadura | <input type="checkbox"/> Ciudad Autónoma de Ceuta |
| <input type="checkbox"/> Canarias | <input type="checkbox"/> Galicia | <input type="checkbox"/> Ciudad Autónoma de Melilla |
| <input type="checkbox"/> Cantabria | <input type="checkbox"/> Comunidad de Madrid | |
| <input type="checkbox"/> Castilla y León | <input type="checkbox"/> Región de Murcia | |

2. Identidad de género

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No binario |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

3. Rango de edad

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 14-18 años | <input type="checkbox"/> 25-34 años | <input type="checkbox"/> 50-64 años |
| <input type="checkbox"/> 19-24 años | <input type="checkbox"/> 35-49 años | <input type="checkbox"/> ≥ 65 años |

4. ¿Qué medidas apoyas con el fin de reducir el consumo de tabaco y otros productos de nicotina y prevenir el inicio en jóvenes? / (puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aumento de precio | <input type="checkbox"/> legios, marquesinas, centros deportivos, parques, playas...) | <input type="checkbox"/> productos de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Regulación de publicidad en redes sociales | <input type="checkbox"/> Regulación de los puntos de venta de cigarrillos electrónicos (incluyendo supermercados, quioscos y gasolineras) | <input type="checkbox"/> Eliminación de saborizantes |
| <input type="checkbox"/> Regulación de su uso en cine, series y otros medios audiovisuales | <input type="checkbox"/> Restricción por edad para todos los | <input type="checkbox"/> Empaquetado genérico (sin logos ni distinción gráfica de marcas) |
| <input type="checkbox"/> Aumento de espacios sin humo (co- | | <input type="checkbox"/> Aumento de las campañas de sensibilización y concienciación |

5. ¿Por qué motivos crees que la gente utiliza los nuevos productos de nicotina (cigarrillos electrónicos o vapores, dispositivos de tabaco calentado, bolsas de nicotina...)? / (puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Disfrute personal | <input type="checkbox"/> Compra más accesible |
| <input type="checkbox"/> Sabores atractivos | <input type="checkbox"/> La creencia de que no son perjudiciales | <input type="checkbox"/> Moda |
| <input type="checkbox"/> Diseño atractivo | <input type="checkbox"/> Menos restricciones en su uso | |
| <input type="checkbox"/> Presión social | | |



6. ¿Cuáles de estos productos crees que son más perjudiciales para la salud? (puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos ya elaborados | <input type="checkbox"/> Dispositivo de tabaco calentado (IQOS, GLO, PLOOM) | <input type="checkbox"/> Bolsas de nicotina o pouches, snus |
| <input type="checkbox"/> Tabaco de liar | <input type="checkbox"/> Cachimba, pipa de agua o shisha | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico (<i>vaper</i>) | | |

7. ¿Consideras que los nuevos dispositivos de consumo (*vapers*, cigarrillo electrónico...) aumentan la posibilidad de consumir tabaco convencional?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Creo que sí | <input type="checkbox"/> Creo que no | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|

8. ¿Permitirías fumar en las terrazas de bares y restaurantes?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

9. ¿Fuma? (se incluyen también los cigarrillos electrónicos u otras formas de consumo de nicotina) / (marca sólo una opción)

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, nunca he fumado | <input type="checkbox"/> Sí, fumo ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> No, soy exfumador/a | <input type="checkbox"/> Sí, fumo diariamente |

10. ¿Qué consumes? (puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos ya elaborados | <input type="checkbox"/> Pipa tradicional | <input type="checkbox"/> Cachimba / pipa de agua / shisha |
| <input type="checkbox"/> Tabaco de liar | <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico (<i>vaper</i>) | <input type="checkbox"/> Bolsitas de nicotina- pouches- snus u otras formas de consumo oral |
| <input type="checkbox"/> Tabaco mezclado con cannabis (porro) | <input type="checkbox"/> Dispositivo de tabaco calentado (IQOS™) | <input type="checkbox"/> Ningún tipo de consumo |
| <input type="checkbox"/> Puros | | |

11. ¿Has hecho algún intento de abandonar el tabaco?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, nunca lo he intentado | <input type="checkbox"/> Sí, pero he vuelto a recaer después del año |
| <input type="checkbox"/> Sí, pero he vuelto a recaer antes del año | <input type="checkbox"/> Sí, y no he vuelto a consumir tabaco |

12. Si has conseguido dejar de fumar en algún momento, ¿qué método has utilizado? (puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lo he dejado sin ningún tipo de apoyo | <input type="checkbox"/> He recibido apoyo en una Unidad Especializada de Tabaquismo | <input type="checkbox"/> He recibido apoyo de otro profesional sanitario (farmacéutico, psicólogo, dentista...) |
| <input type="checkbox"/> He recibido apoyo en mi Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Otros | |

13. ¿En algún intento de dejar de fumar has utilizado tratamiento farmacológico financiado?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|