

# LA CALLE ECHA HUMO

## Encuesta a personas fumadoras

2º  
ESO

Buenos días!

¿Me permite hacerle unas preguntas sobre el tabaco?

Es para una Campaña que estamos haciendo en el Colegio.

### 1.- ¿CUÁNTOS AÑOS LLEVA FUMANDO?

años

### 2.- ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A FUMAR?

años

### 3.- ¿POR QUÉ MOTIVO O MOTIVOS EMPEZÓ A FUMAR?

- ☐ Fumaban casi todas mis amistades
- ☐ Fumaba mi mejor amigo/a (o alguien importante para mí)
- ☐ Para sentirme más integrada o integrado
- ☐ Me sentía más mayor / Me daba independencia
- ☐ Me gustaba el olor
- ☐ Otros motivos

### 4.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?

cigarrillos

### 5.- ¿HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR ALGUNA VEZ?

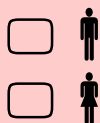
(Intento = al menos 24 horas sin fumar)

☐ SÍ ☐ NO

### 6.- EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL FUE EL MOTIVO PRINCIPAL PARA INTENTARLO?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miedo a la enfermedad | <input type="checkbox"/> Dar buen ejemplo        |
| <input type="checkbox"/> Mejorar la salud      | <input type="checkbox"/> Satisfacción personal   |
| <input type="checkbox"/> Estética              | <input type="checkbox"/> Por consejo médico      |
| <input type="checkbox"/> Ahorrar dinero        | <input type="checkbox"/> Presión en el trabajo   |
| <input type="checkbox"/> Presión familiar      | <input type="checkbox"/> Respeto a quien no fuma |
| <input type="checkbox"/> Libertad personal     | <input type="checkbox"/> Otros                   |
- (no depender del tabaco)

Sexo:



Edad: \_\_\_\_\_

### 7.- ¿CREE QUE ES FÁCIL DEJAR DE FUMAR?

- ☐ Sí, fácil
- ☐ Cuesta un poco
- ☐ Cuesta mucho

### 8.- ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O EFECTO DEL TABACO DE LA SIGUIENTE LISTA?

- ☐ Tos por la mañana
- ☐ Cáncer
- ☐ Sensación de que te cuesta respirar
- ☐ Dificultad para dormir
- ☐ Dolor como "pinchazos" en el pecho.
- ☐ Gastritis o acidez de estómago
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Expectoración abundante
- ☐ Más de 4 catarros al año
- ☐ Manchas amarillas en piel y uñas.
- ☐ Menos energía; fatiga o cansancio
- ☐ Presiones familiares para que lo deje
- ☐ Ronquera
- ☐ Problemas de aliento u olor en la ropa.
- ☐ Asma
- ☐ Arrugas en la cara, aspecto cansado.

### 9.- ¿PIENSA DEJAR DE FUMAR EN LOS PRÓXIMOS AÑOS?

☐ Sí ☐ No sé ☐ No

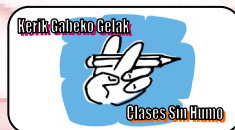
### 10.- ¿QUÉ ME DIRÍA SI YO LE PIDIERA UN CIGARRO?

(anotar literalmente lo que diga la persona)

---

---

---



Muchas gracias por su colaboración.