



# ENCUESTA DE MEDIO AMBIENTE- FAMILIAS

2020

## CUESTIONARIO

### CONDICIONES DEL INFORMANTE FAMILIAR

- A. Pertenecer al colectivo familiar
- B. Personas de 16 y más años
- C. Ser una persona idónea para informar del colectivo familiar

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

**TELÉFONO GRATUITO** 900 102 516

e-mail: emaf@eustat.eus

**OFICINAS:** VITORIA-GASTEIZ: Samaniego, 2-7º

BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3º

DONOSTIA-SAN SEBASTIAN: Okendo, 16-3º

### FINALIDAD

El objetivo de esta encuesta es conocer los equipamientos de las viviendas y los hábitos de consumo y actitudes de los hogares en relación con el medio ambiente, regulada con el código 090001 en la Ley 8/2019, de 27 de junio, del Plan Vasco de Estadística 2019-2022.

### CLÁUSULAS: SECRETO ESTADÍSTICO-LEY DE ESTADÍSTICA

Conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 14 de la Ley 4/1986 de Estadística de la C.A. de Euskadi, usted está obligado a suministrar la información estadística que se le requiere de forma veraz.

Todos los datos suministrados quedan amparados por el secreto estadístico art. 19 al 23 de la Ley 4/1986 (de Estadística de la C.A. Euskadi)

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable:** Euskal Estatistika Erakundea/ Instituto Vasco de Estadística (Eustat)

**Finalidad:** Realización de una operación estadística prevista en el Plan Vasco de Estadística

**Legitimización:** Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos

**Destinatarios:** Se podrán ceder datos a los destinatarios establecidos legalmente

**Derechos:** El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición y limitación del tratamiento de datos con fines estadísticos está sujeto a excepciones.

**Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web de Eustat: <https://www.eustat.eus/privacidad/emaf>



# COMPOSICIÓN DEL COLECTIVO FAMILIAR

F | 1

	(C0)	(C1)	(C2)	(C3)	(C4)
NÚMERO DE ORDEN Orden secuencial de las personas de la vivienda	SITUACIÓN DEL ENCUESTADO/A ¿Se encuentran estas personas en la vivienda? Añada las que sea preciso	NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I. o Número de Identificación de Extranjeros/as	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO
<b>0   1</b>	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 <b>C4</b></p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/> 3 <b>FIN</b></p>	<input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1 <sup>er</sup> . Apellido <input type="text"/> 2 <sup>o</sup> . Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 2</p>	<input type="text"/> Día    Mes    Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5</p>
<b>0   2</b>	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 <b>C4</b></p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/> 3 <b>FIN</b></p>	<input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1 <sup>er</sup> . Apellido <input type="text"/> 2 <sup>o</sup> . Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 2</p>	<input type="text"/> Día    Mes    Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5</p>
<b>0   3</b>	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 <b>C4</b></p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/> 3 <b>FIN</b></p>	<input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1 <sup>er</sup> . Apellido <input type="text"/> 2 <sup>o</sup> . Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 2</p>	<input type="text"/> Día    Mes    Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5</p>
<b>0   4</b>	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 <b>C4</b></p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/> 3 <b>FIN</b></p>	<input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1 <sup>er</sup> . Apellido <input type="text"/> 2 <sup>o</sup> . Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 2</p>	<input type="text"/> Día    Mes    Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5</p>
<b>0   5</b>	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 <b>C4</b></p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/> 3 <b>FIN</b></p>	<input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1 <sup>er</sup> . Apellido <input type="text"/> 2 <sup>o</sup> . Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 2</p>	<input type="text"/> Día    Mes    Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5</p>

C5

C9

NACIONALIDAD ¿Cuál es su nacionalidad?	¿Está empadronado/a en este municipio?	PARENTESCO O RELACIÓN CON LA PRIMERA PERSONA Señale con un aspa (X) en la casilla correspondiente al tipo de parentesco a que pertenezca el caso descrito	CÓNYUGE Indique si tiene cónyuge o pareja y éste reside en la vivienda y su número de orden	MADRE Indique si su madre reside en la vivienda y su número de orden	PADRE Indique si su padre reside en la vivienda y su número de orden
A. Española <input type="checkbox"/> 1 B. Española y otras <input type="checkbox"/> 2 C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> 3 D. De otro país <input type="checkbox"/> 4	A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> 1 B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 2 C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 5 F. Nieto/a <input type="checkbox"/> 6 G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> 7 H. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: right;">C10</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>
A. Española <input type="checkbox"/> 1 B. Española y otras <input type="checkbox"/> 2 C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> 3 D. De otro país <input type="checkbox"/> 4	A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> 1 B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 2 C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 5 F. Nieto/a <input type="checkbox"/> 6 G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> 7 H. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: right;">C10</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>
A. Española <input type="checkbox"/> 1 B. Española y otras <input type="checkbox"/> 2 C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> 3 D. De otro país <input type="checkbox"/> 4	A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> 1 B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 2 C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 5 F. Nieto/a <input type="checkbox"/> 6 G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> 7 H. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: right;">C10</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>
A. Española <input type="checkbox"/> 1 B. Española y otras <input type="checkbox"/> 2 C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> 3 D. De otro país <input type="checkbox"/> 4	A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> 1 B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 2 C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 5 F. Nieto/a <input type="checkbox"/> 6 G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> 7 H. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: right;">C10</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>
A. Española <input type="checkbox"/> 1 B. Española y otras <input type="checkbox"/> 2 C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> 3 D. De otro país <input type="checkbox"/> 4	A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> 1 B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 2 C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 5 F. Nieto/a <input type="checkbox"/> 6 G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> 7 H. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: right;">C10</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">↓ Personanúmero</p>

# SELECCIÓN DE LA PERSONA DE REFERENCIA

F 3

<b>TIPO DE GRUPO FAMILIAR</b>  Señale con un X si hay relaciones familiares entre las personas de la vivienda de cada uno de los siguientes tipos:	Señale, <b>para cada caso marcado</b> , el NÚMERO DE ORDEN (ver página anterior) de las siguientes personas:	<b>PERSONA DE REFERENCIA</b>  Considerando la(s) persona(s) seleccionada(s) en la pregunta anterior, señale el número de orden de la única persona marcada, o, si hay varias, el número de orden de la persona de más edad.
1. Matrimonio o pareja con o sin hijo/s/a/s <input type="checkbox"/>	1. Número de orden del cónyuge o pareja de mayor edad <input type="checkbox"/>	Persona número <input type="checkbox"/>
2. Padre solo con hijo/s/a/s <input type="checkbox"/>	2. Número de orden del padre (si hay más de uno, el de más edad) <input type="checkbox"/>	Nombre <input type="checkbox"/>
3. Madre sola con hijo/s/a/s <input type="checkbox"/>	3. Número de orden de la madre (si hay más de una, la de más edad) <input type="checkbox"/>	1º. Apellido <input type="checkbox"/>
4. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>	4. Número de orden de la persona de más edad <input type="checkbox"/>	2º. Apellido <input type="checkbox"/>

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA DE REFERENCIA

(C6)

(C7)

(C8)

(C10)

<b>ESTADO CIVIL LEGAL</b>  ¿Cuál es el estado civil legal actual de la persona de referencia?	<b>¿Ha residido siempre en ese municipio la persona de referencia?</b>  Se considera el municipio de nacimiento aquél en el que residían sus padres al nacer (no tener en cuenta circunstancias como nacer en una clínica situada en otro municipio).	<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>  Señale desde dónde se trasladó la persona de referencia en el último cambio de residencia.	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>  ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que está realizando o ha realizado la persona de referencia?
---	---	---	--

A. Soltero/a <input type="checkbox"/> 1 B. Casado/a <input type="checkbox"/> 2 C. Viudo/a <input type="checkbox"/> 3 D. Divorciado/a, matrimonio anulado <input type="checkbox"/> 4 E. Separado/a legal <input type="checkbox"/> 5 F. Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/> 6	A. No <input type="checkbox"/> 2  B. Sí <input type="checkbox"/> 1 — (C9)	A. Álava <input type="checkbox"/> 1 B. Bizkaia <input type="checkbox"/> 2 C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> 3 D. Resto de España <input type="checkbox"/> 4 E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> 5	A. Sin estudios <input type="checkbox"/> 1 B. Primarios (Enseñanza Primaria, EGB) <input type="checkbox"/> 2 C. Profesionales (Maestría profesional, FP1, FP2, Módulos profesionales, Ciclos formativos) <input type="checkbox"/> 3 D. Secundarios (ESO, BUP, COU, Bachillerato) <input type="checkbox"/> 4 E. Superiores (Estudios Universitarios, Ingenierías, Técnicas, Grados, Diplomaturas...) <input type="checkbox"/> 5
--	---	--	--

(C11)

(C12)

(C13)

<b>RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD</b>  Refiriéndonos a la semana pasada, señale cuál era la situación en relación con la actividad de la persona de referencia.	<b>PROFESIÓN</b>  Señale cuál es la profesión principal u oficio que desempeña o el último que ha desempeñado la persona de referencia. Si no ha trabajado nunca indíquelo.	<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>  Señale el sector económico en el que desarrolla su actividad laboral y su situación profesional (actual o última)
--	---	---

A. Ocupada/o <input type="checkbox"/> 1 B. Parada/o, busca 1er empleo <input type="checkbox"/> 2 C. Parada/o, ha trabajado antes <input type="checkbox"/> 3 D. Jubilada/o (ha trabajado) <input type="checkbox"/> 4 E. Otros pensionistas (no de jubilación) <input type="checkbox"/> 5 F. Escolar, menor, estudiante <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar <input type="checkbox"/> 7 H. Otros (rentista,...) <input type="checkbox"/> 8	Nunca tuvo empleo <input type="checkbox"/> (C14)  A. Director/a o gerente (empresas y Administración Pública) <input type="checkbox"/> 1 B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a,...) <input type="checkbox"/> 2 C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante/a, programador/a,...) <input type="checkbox"/> 3 D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas) <input type="checkbox"/> 4 E. Trabajador/a de los servicios de restauración, personales, protección o vendedores/as <input type="checkbox"/> 5 F. Trabajador/a cualificado en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero <input type="checkbox"/> 6 G. Artesano/a o trabajador/a cualificado en la industria manufacturera o la construcción <input type="checkbox"/> 7 H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a <input type="checkbox"/> 8 I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado <input type="checkbox"/> 9	1. Agrario <input type="checkbox"/> 1    Resto <input type="checkbox"/> 2  2. A. Empresario/a con personas asalariadas <input type="checkbox"/> 1 B. Autónomo/a <input type="checkbox"/> 2 C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/> 3 D. Cooperativista <input type="checkbox"/> 4 E. Con empleo asalariado fijo <input type="checkbox"/> 5 F. Con empleo asalariado eventual <input type="checkbox"/> 6 G. Otras situaciones <input type="checkbox"/> 7
--	--	---

¿Cuales son los ingresos familiares globales netos del **mes pasado** ( en euros)?

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| A. Hasta 500 €.....    | <input type="checkbox"/> 1 |
| B. 501-1.000 €.....    | <input type="checkbox"/> 2 |
| C. 1.001-1.500 €.....  | <input type="checkbox"/> 3 |
| D. 1.501-2.000 €.....  | <input type="checkbox"/> 4 |
| E. 2.001-2.500 €.....  | <input type="checkbox"/> 5 |
| F. 2.501-3.500 €.....  | <input type="checkbox"/> 6 |
| G. Más de 3.500 €..... | <input type="checkbox"/> 7 |

## AGUA

### SUMINISTRO / ABASTECIMIENTO DE AGUA

15

16

17

¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua potable de su vivienda?

En su vivienda ¿aplican al agua potable algún tratamiento adicional antes de consumirla?

¿Qué sistema utilizan para tratar el agua?

1. A. Sistema de abastecimiento urbano ..  1

B. Agua procedente de un pozo privado, fuente, manantial, lago, río, etc. ....  2

C. Otra fuente de abastecimiento .....  3  
(especificar) 16

D. No sabe / No contesta .....  9

A. No  6 — 18

B. Sí  1

2. Consumo de agua el último mes(m3)

A. Utilizan un filtro purificador ....  1

B. Normalmente hierven el agua antes de utilizarla....  2

C. Otro sistema .....  3  
(especificar)

### ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA AHORRAR AGUA (DISPOSITIVOS Y HÁBITOS)

18

19

¿Dispone su vivienda de alguno de los siguientes dispositivos para ahorrar agua en grifos, ducha e inodoro?

¿Tienen en su vivienda alguno de los siguientes hábitos para reducir el consumo de agua?

- |  | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Grifo monomando / termostático .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Otros dispositivos economizadores de agua (por ejemplo, perlizadores, atomizadores, reductores de caudal, sensor de infrarrojos, pulsador temporizado). ....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Mecanismos limitadores de descarga para cisterna incluida la colocación de una botella llena de agua u otro objeto dentro de la cisterna para conseguir el mismo efecto ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

Sí      No

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Reciclan el agua, por ejemplo, aprovechan el agua de la ducha mientras esperan a que salga caliente ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Tienen una botella con agua fría en la nevera para no dejar correr el agua .....                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Descongelan la comida con antelación para evitar hacerlo debajo del grifo .....                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Llenan el fregadero antes de lavar los platos .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Esperan a que estén llenos el lavavajillas y la lavadora para ponerlos en marcha .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Cierran un poco la llave de paso para disminuir el caudal de los grifos .....                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Tienen en el cuarto de baño una papelera para no utilizar el inodoro como cubo de basura .....            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

# ENERGÍA

## FUENTES DE ENERGÍA / TIPO DE COMBUSTIBLE

F 5

(20)	(21)	(22)	(23)	(24)
¿Utilizan electricidad en su vivienda?	Con respecto al suministro eléctrico ¿dispone su vivienda de tarifa nocturna?	¿Utilizan energía solar en su vivienda?	Utilizan paneles solares...	De las siguientes fuentes de energía ¿cuáles utilizan en su vivienda?
1. A. No <input type="checkbox"/> 6 — <b>22</b> B. Sí <input type="checkbox"/> 1 2. Consumo de electricidad en el último mes (Kw/h) 	A. No <input type="checkbox"/> 6 B. Sí <input type="checkbox"/> 1	A. No <input type="checkbox"/> 6 — <b>24</b> B. Sí <input type="checkbox"/> 1	A. Térmicos (para calentar el agua) ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 B. Fotovoltaicos (para obtener electricidad) ... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> 1. A. Gas canalizado ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 B. Gases licuados del petróleo (butano, propano...)/Bombona de gas. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 C. Madera ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 D. Combustibles líquidos (gasóleo,...) ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 E. Otra fuente de energía ..... (Especificar) 2. Consumo de gas en el último mes (Kw/h) 

## CALEFACCIÓN

(25)	(26)	
¿Dispone su vivienda de calefacción?	Señale el sistema de calefacción de su vivienda	
A. No <input type="checkbox"/> 6 — <b>37</b> B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<b>Calefacción eléctrica</b> 1. Caldera individual eléctrica..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 2. Radiadores y acumuladores eléctricos..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. Hilo radiante ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6  <b>Calefacción por gas</b> 4. Calefacción central de gas ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 5. Calefacción individual de gas ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 6. Gas no canalizado (estufas de bombona de gas) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<b>Bombas de calor</b> 7. Canalizado ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 8. No canalizado ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6  <b>Otros sistemas de calefacción</b> 9. Calefacción individual de gasóleo ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 10. Calefacción central de gasóleo ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 11. Calefacción central de carbón ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 12. Madera ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 13. Otro sistema de calefacción (especificar) ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6

(27)	(28)	(29)	(30)
¿Han cambiado el sistema de calefacción en los últimos 12 meses o han decidido cambiarlo en los próximos 12 meses?	¿Cuales son las razones por las que ha elegido el nuevo sistema de calefacción?	¿Cuántas habitaciones en su vivienda disponen de calefacción?	A lo largo de 2019, ¿cuántos meses han utilizado la calefacción?
A. No <input type="checkbox"/> 6 — <b>29</b> B. Sí <input type="checkbox"/> 1	1. Coste de instalación ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 2. Ahorrar en la factura ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. Usa menos energía / es más eficiente ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 4. Comodidad ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 5. Consideraciones ambientales ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 6. Estética ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 7. Subvenciones / incentivos financieros ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 8. Recomendado por personas expertas/amigo/a ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	A. Todas o la mayoría <input type="checkbox"/> 1 B. Sólo una parte ... <input type="checkbox"/> 6	A. Menos de 1 mes ..... <input type="checkbox"/> 1 B. De 1 a menos de 3 meses ..... <input type="checkbox"/> 2 C. De 3 a menos de 6 meses ..... <input type="checkbox"/> 3 D. 6 meses o más ..... <input type="checkbox"/> 4 E. No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9

(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	(36)
¿ Dispone su calefacción de termostato de ambiente (manual o digital)?	En invierno, ¿apagan la calefacción cuando duermen?	¿A qué temperatura mantienen su vivienda cuando duermen?	Durante el día, cuando tienen la calefacción encendida ¿a qué temperatura mantienen su vivienda cuando están en ella?	Si se ausentan más de 1 día de su vivienda, ¿apagan la calefacción?	A qué temperatura mantienen la calefacción cuando no están en su vivienda?

A. No <input type="checkbox"/> 6	B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<p>A. Si, la apagamos por la noche... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Sí, se apaga desde la central <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. No ..... <input type="checkbox"/> 6</p>	34	Grados centígrados	Grados centígrados	<p>A. Sí..... <input type="checkbox"/> 1-37</p> <p>B. No ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>C. No procede, no suelen ausentarse más de 1 día ..... <input type="checkbox"/> 8-37</p>	Grados centígrados
----------------------------------	----------------------------------	---	----	--------------------	--------------------	---	--------------------

## AIRE ACONDICIONADO

(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)
¿ Dispone su vivienda de aire acondicionado?	¿ Cuántas habitaciones en su vivienda disponen de aire acondicionado?	El sistema de aire acondicionado de su vivienda, ¿es individual o central?	Cuando conectan el aire acondicionado, ¿a qué temperatura suelen graduarlo en verano?	En verano, ¿suelen apagar el aire acondicionado cuando duermen?	¿A qué temperatura suelen graduarlo por la noche?

A. No <input type="checkbox"/> 6—43	<p>A. Todas <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. La mayoría <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Sólo una parte <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>A. Individual.. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Central ... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. No sabe No contesta <input type="checkbox"/> 3</p>	Grados centígrados	<p>A. Sí, la apagamos por la noche ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Sí, se apaga desde la central..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. No..... <input type="checkbox"/> 6</p>	Grados centígrados
-------------------------------------	--	---	--------------------	--	--------------------

## AISLAMIENTO TÉRMICO

43

Las ventanas de su vivienda...

## 1. Disponen de...

1. Toldo .....  1
2. Persiana o contraventana .....  1
3. Cristales tintados o protectores solares  1
4. Doble cristal.....  1
5. Rotura de puente térmico .....  1

- B. No  1
- A. Sí  6

## 2. ¿En cuántas de ellas?

- |   |  |
|---|--|
| 1. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1 | 2. Alguna/s ..... <input type="checkbox"/> 6 |
| 1. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1 | 2. Alguna/s ..... <input type="checkbox"/> 6 |
| 1. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1 | 2. Alguna/s ..... <input type="checkbox"/> 6 |
| 1. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1 | 2. Alguna/s ..... <input type="checkbox"/> 6 |
| 1. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1 | 2. Alguna/s ..... <input type="checkbox"/> 6 |

44	45	46	47
¿Dispone su vivienda de tubos o luces fluorescentes?	A parte de tubos o luces fluorescentes, ¿dispone su vivienda de bombillas de bajo consumo? (incluidos halógenos)	¿Por qué no utilizan fluorescentes o bombillas de bajo consumo?	¿Cuántas habitaciones en su vivienda tienen fluorescentes u otro tipo de luces de bajo consumo?
A. No <input type="checkbox"/> 6  B. Sí <input type="checkbox"/> 1	A. No <input type="checkbox"/> 6  B. Sí <input type="checkbox"/> 1 → 47	A. Son más caras. <input type="checkbox"/> 1  B. Dan menos luz. <input type="checkbox"/> 2 → 48  C. Por otra razón. <input type="checkbox"/> 3	A. Todas ..... <input type="checkbox"/> 1  B. La mayoría.... <input type="checkbox"/> 2  C. Sólo una parte. <input type="checkbox"/> 3

## RESIDUOS

### PAPEL Y CARTÓN, PLÁSTICOS, METALES, VIDRIO Y RESIDUOS ORGÁNICOS

48	49		
Hay cerca de su vivienda contenedores específicos que permiten clasificar los residuos de los siguientes tipos:	Clasificación de residuos		
1. Sólo residuos orgánicos Sí <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 6	1. ¿Suelen separar los siguientes residuos para llevarlos a su punto de recogida específico? <b>A. Sólo residuos orgánicos</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → 3	2. ¿Con qué frecuencia llevan cada tipo de residuo a un punto de recogida? Diariamente, al menos 5 días por semana ..... <input type="checkbox"/> 1 Todas las semanas pero no diariamente ..... <input type="checkbox"/> 2 Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ..... <input type="checkbox"/> 3 Con menos frecuencia ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9	3. Indique las principales razones por las que no han separado los residuos anteriores: No dispone de espacio suficiente en su vivienda ..... <input type="checkbox"/> 1 No merece la pena porque no generan suficientes ..... <input type="checkbox"/> 2 No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos ..... <input type="checkbox"/> 3 No le interesa / Le supone demasiado esfuerzo ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9
2. Papel y cartón Sí <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 6	<b>B. Papel y cartón</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → 3	Diariamente, al menos 5 días por semana ..... <input type="checkbox"/> 1 Todas las semanas pero no diariamente ..... <input type="checkbox"/> 2 Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ..... <input type="checkbox"/> 3 Con menos frecuencia ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9	No dispone de espacio suficiente en su vivienda ..... <input type="checkbox"/> 1 No merece la pena porque no generan suficientes ..... <input type="checkbox"/> 2 No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos ..... <input type="checkbox"/> 3 No le interesa / Le supone demasiado esfuerzo ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9
3. Vidrio Sí <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 6	<b>C. Vidrio</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → 3	Diariamente, al menos 5 días por semana ..... <input type="checkbox"/> 1 Todas las semanas pero no diariamente ..... <input type="checkbox"/> 2 Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ..... <input type="checkbox"/> 3 Con menos frecuencia ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9	No dispone de espacio suficiente en su vivienda ..... <input type="checkbox"/> 1 No merece la pena porque no generan suficientes ..... <input type="checkbox"/> 2 No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos ..... <input type="checkbox"/> 3 No le interesa / Le supone demasiado esfuerzo ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9
4. Envases de plástico, metálicos (latas...) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<b>D. Envases de plástico, metálicos (latas, ...)</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → 3	Diariamente, al menos 5 días por semana ..... <input type="checkbox"/> 1 Todas las semanas pero no diariamente ..... <input type="checkbox"/> 2 Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ..... <input type="checkbox"/> 3 Con menos frecuencia ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9	No dispone de espacio suficiente en su vivienda ..... <input type="checkbox"/> 1 No merece la pena porque no generan suficientes ..... <input type="checkbox"/> 2 No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos ..... <input type="checkbox"/> 3 No le interesa / Le supone demasiado esfuerzo ..... <input type="checkbox"/> 4 No sabe / No contesta ..... <input type="checkbox"/> 9

50

51

<p>¿Algún miembro de la vivienda dispone de vehículo personal o profesional?</p>	<p>¿Suelen eliminar los siguientes residuos procedentes de vehículos en alguno de los siguientes lugares?</p>					
--	---	--	--	--	--	--

		Basura normal	Punto limpio	Empresa o tienda que los vende o talleres	Vertido por el fregadero o desagüe	No procede
A. No	<input type="checkbox"/> 6 — 52	1. Neumáticos de vehículos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—
B. Sí	<input type="checkbox"/> 1	2. Aceites de motor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		3. Baterías	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—

52

<p>¿Suelen eliminar los residuos especificados a continuación en alguno de los siguientes lugares?</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

	Basura normal	Punto limpio, verde	Empresa o tienda que los vende (punto SIGRE en el caso de medicamentos)	Servicio especial de recogida	Contenedor específico de recogida (tragamóvil en el caso de teléfonos)	Vertido por el fregadero o desagüe	No procede
1. Productos químicos, pintura y productos de limpieza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—	—	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
2. Medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—	—	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
3. Pilas, pequeñas baterías	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—	<input type="checkbox"/> 5	—	<input type="checkbox"/> 8
4. Teléfonos móviles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—	<input type="checkbox"/> 5	—	<input type="checkbox"/> 8
5. Aparatos eléctricos (electrodomésticos, ordenadores...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	—	—	<input type="checkbox"/> 8
6. Muebles y otros enseres domésticos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	—	—	<input type="checkbox"/> 8
7. Escombros y restos de obras menores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	—	<input type="checkbox"/> 8
8. Aceites de cocina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	—	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
9. Tubos fluorescentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	—	—	—	<input type="checkbox"/> 8
10. Textiles y calzado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	—	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	—	<input type="checkbox"/> 8

# EQUIPAMIENTO Y USO DE LA VIVIENDA EN RELACIÓN CON EL MEDIO AMBIENTE

53

Tabla de electrodomésticos

	A.Frigorífico	B.Lavadora	C.Secadora independiente	D.Lavavajillas	E.Horno
1. ¿Dispone su vivienda de...	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 →	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 →	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 →	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 →	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 → 54
2. ¿Qué antigüedad tiene? - Menos de 1 año - Entre 1 y menos de 5 años - Entre 5 y menos de 10 años - 10 años o más	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. ¿Su calificación energética es A? (A,A+,A++,A+++)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 C. NS / NC <input type="checkbox"/> 9	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 C. NS / NC <input type="checkbox"/> 9	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 C. NS / NC <input type="checkbox"/> 9	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 C. NS / NC <input type="checkbox"/> 9	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6 C. NS / NC <input type="checkbox"/> 9
4. ¿Con qué frecuencia lo ponen? - 1 vez a la semana o menos - 2-4 veces a la semana - 5-7 veces a la semana - Más de 7 veces a la semana	—	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5. ¿Dispone de programas de mediacarga / económicos? - Sí, pero no solemos utilizarlos - Sí, y solemos utilizarlos - No disponemos	—	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	—

54

55

56

57

¿Dispone su vivienda de congelador independiente?	¿De qué tipo de cocina dispone su vivienda?	¿De qué tipo de horno dispone su vivienda?	Cuando utilizan la lavadora, ¿a qué temperatura ponen el agua?
---	---	--	--

A. No <input type="checkbox"/> 6  B. Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Cocina de gas convencional..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 2. Placa o cocina eléctrica ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. Placa de inducción eléctrica ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 4. Placa vitrocerámica eléctrica (diferente a la inducción)..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 5. Placa vitrocerámica de gas ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 6. Cocina mixta eléctrica y de gas ..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 7. Otro tipo de cocina (especificar)..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A. Caliente (más de 40 grados) <input type="checkbox"/> 1 B. Templada (de 30 a 40 grados) <input type="checkbox"/> 2 C. Fría (menos de 30 grados) <input type="checkbox"/> 3 D. Varias, depende de la ropa, de la suciedad, etc. <input type="checkbox"/> 4

Para los siguientes electrodomésticos...

	1. ¿Disponen?	2. ¿Cuál es la frecuencia de uso?			
		Diariamente, al menos 5 días por semana	Todas las semanas pero no diariamente	Al menos una vez al mes pero no todas las semanas	Con menor frecuencia
1. Microondas (con o sin horno)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Campana extractora	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Robot de cocina	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Batidora	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Exprimidor eléctrico	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Tostador eléctrico o sandwichera	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Cafetera eléctrica	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Grill o plancha eléctrica para cocinar	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Máquina de afeitar eléctrica	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Secador de pelo	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Ventilador (portátil o de techo)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Limpiador a vapor	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Aspirador	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Plancha para la ropa	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Manta eléctrica	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

59

Para los siguientes aparatos...

60

Cuando apagan los aparatos eléctricos (ordenador, televisor, cadena de música, etc.) ¿suelen utilizar la opción "standby"? (opción que deja el piloto rojo de encendido iluminado)

	1. ¿Disponen?	2. ¿Cuál es la frecuencia de uso?				A. No <input type="checkbox"/> 6 B. Si <input type="checkbox"/> 1
		Diariamente, al menos 5 días por semana	Todas las semanas pero no diariamente	Al menos una vez al mes pero no todas las semanas	Con menor frecuencia	
1. Televisor	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
2. Reproductor y / o grabador DVD	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
3. Cadena, equipo de música	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4. Ordenador (de sobremesa y / o portátil)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
5. Videoconsola (juegos)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6. Aparato de video	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

## PROBLEMAS DE RUIDO Y MALOS OLORES

61

62

A lo largo de 2019, ¿han sufrido en su entorno habitual problemas de ruidos?	Tiene problemas de ruido por alguna de estas causas?		
--	--	--	--

		1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad
		A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
A. No <input type="checkbox"/> 6 — 64	1. Tráfico terrestre	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	2. Tráfico aéreo	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	3. De los vecinos/as	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	4. De origen animal	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	5. De origen mecánico (incluido obras)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	6. Actividades comerciales y de ocio	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	7. Reuniones informales urbanas (botellón)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
	8. Otra causa (especificar)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 B. A menudo <input type="checkbox"/> 2 C. Diariamente <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 C. Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3

63

¿Han llevado a cabo alguna medida respecto al problema de ruidos? (máximo 3 opciones)

64

A lo largo de 2019, ¿han sufrido en su entorno habitual problemas de malos olores?

- A. Insonorización de la vivienda .....  1
- B. Cambio de residencia .....  2
- C. Quejarse a la persona causante .....  3
- D. Denuncia del hecho .....  4
- E. Formar una asociación o asociarse con organismos para luchar contra el problema .....  5
- F. Otra medida (especificar) .....  6
- G. Ninguna .....  7

A. No  6 - 67

B. Sí  1

65

Indique la causa de que sufra malos olores y la frecuencia e intensidad de los mismos

66

¿Han llevado a cabo alguna medida respecto a los malos olores? (máximo 3 opciones)

	1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad	
1. Humos, tabaco...	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
2. Tuberías, saneamiento...	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Poner depuradores de aire en su vivienda ..... <input type="checkbox"/> 1  B. Cambio de residencia ..... <input type="checkbox"/> 2  C. Limpiar la zona ..... <input type="checkbox"/> 3  D. Quejarse a la persona causante ..... <input type="checkbox"/> 4  E. Denuncia del hecho ..... <input type="checkbox"/> 5  F. Formar una asociación o asociarse con organismos de lucha medioambiental... <input type="checkbox"/> 6  G. Otra medida (especificar) <input type="checkbox"/> 7  H. Ninguna ..... <input type="checkbox"/> 8
3. Explotaciones agrarias	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
4. Industrias (alimentarias, pesca, talleres,...)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
5. Comercios (supermercados, pescaderías,...)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
6. Contenedores de residuos	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
7. Vertederos	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
8. Otra causa (especificar)	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 6	A. Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A. Tolerable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

## **TRANSPORTE Y MOVILIDAD**

(67)

68

69

Cuántos de los miembros de su vivienda, en sus desplazamientos los días laborables, utilizan principalmente cada uno de los siguientes medios de transporte (tenga en cuenta que para cada persona debe considerar un solo medio de transporte, el más utilizado)	¿Hay en su vivienda algún vehículo que sea para uso personal? (sólo coche, moto, furgoneta y ciclomotores)	¿Cuántos vehículos son?
---	--	-------------------------

1. Transporte público	Número de personas	<input type="text"/> 1		
2. Coche	Número de personas	<input type="text"/> 1		
3. Moto / ciclomotor	Número de personas	<input type="text"/> 1	A. No <input type="checkbox"/> 6 — <b>73</b>	Número
4. Bicicleta	Número de personas	<input type="text"/> 1	B. Sí <input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> 1
5. A pie	Número de personas	<input type="text"/> 1		
6. No se desplazan	Número de personas	<input type="text"/> 1		

70

Indique las principales características de los vehículos de su vivienda

71

¿Han adquirido algún nuevo vehículo en los últimos doce meses?

72

Indique los factores principales que consideraron en el momento de comprarlo (máximo 3 opciones):

A. No  6 — 73

B. Sí  1

- A.** Precio.....  01
- B.** Tipo (turismo, furgoneta, 4x4) .....
- C.** Dimensión .....
- D.** Número de asientos .....
- E.** Diseño .....
- F.** Accesorios (aire acondicionado,...) .....
- G.** Marca .....
- H.** Fiabilidad .....
- I.** Seguridad .....
- J.** Consumo combustible .....
- K.** Impacto medioambiental (emisiones CO<sub>2</sub>) .....
- L.** Potencia .....
- M.** Otros (especificar) .....

## ESTILOS DE VIDA Y PAUTAS DE CONSUMO

73

¿Utilizan alguno de los siguientes productos?

	Nunca	A veces	Con cierta frecuencia	Siempre que es posible	No sabe No contesta
1. Productos de usar y tirar (menaje de plástico, pañuelitos de un solo uso, maquinillas de afeitar, etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
2. Papel reciclado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
3. Envases retornables	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
4. Pilas o baterías recargables	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

74

Valore la importancia que otorgan a los siguientes elementos en el momento de comprar un nuevo producto (electrodoméstico, producto alimenticio, producto de limpieza, etc.):

	Nada importante	Poco importante	Bastante importante	Muy importante
1. Precio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Marca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Consumo / eficiencia energética (en el caso de electrodomésticos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Etiqueta ecológica / garantía ecológica (alimentos ecológicos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Producto local / proximidad de producción	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

# CUESTIONARIO INDIVIDUAL

## APARTADO PARA LA PERSONA SELECCIONADA

### HÁBITO DE CONSUMO DE AGUA

75

¿Tiene alguno de los siguientes hábitos para reducir el consumo de agua?

Sí      No

1. Cierra el grifo mientras se lava los dientes o se enjabona .....  1  6  
 2. Se ducha en lugar de bañarse .....  1  6

### TRANSPORTE

76

77

78

¿Cuál es el medio de transporte utilizado habitualmente por usted?	Dígame, ¿cuáles son los motivos por los que utiliza el transporte público? (máximo 3 opciones)	¿Qué días de la semana utiliza principalmente el transporte público?
--	--	--

A. Coche ..... <input type="checkbox"/> 1 B. Moto / ciclomotor ..... <input type="checkbox"/> 2 C. Taxi ..... <input type="checkbox"/> 3 D. Autobús ..... <input type="checkbox"/> 4 E. Metro / tranvía ..... <input type="checkbox"/> 5 F. RENFE, Euskotren u otros trenes ..... <input type="checkbox"/> 6 G. Otros medios colectivos (especificar) ..... <input type="checkbox"/> 7 H. Bicicleta ..... <input type="checkbox"/> 8 I. A pie ..... <input type="checkbox"/> 9	A. Comodidad / menos estrés ..... <input type="checkbox"/> 01 B. Tengo la parada cerca de casa ..... <input type="checkbox"/> 02 C. Es más seguro ..... <input type="checkbox"/> 03 D. Es más rápido ..... <input type="checkbox"/> 04 E. Es más barato ..... <input type="checkbox"/> 05 F. No tengo vehículo ..... <input type="checkbox"/> 06 G. No tengo permiso de conducir ..... <input type="checkbox"/> 07 H. Otro miembro necesita el vehículo ..... <input type="checkbox"/> 08 I. No tengo aparcamiento allí donde voy ..... <input type="checkbox"/> 09 J. Conciencia medioambiental ..... <input type="checkbox"/> 10 K. Otras razones (especificar) ..... <input type="checkbox"/> 11	A. Días laborables ..... <input type="checkbox"/> 1 B. Fines de semana ..... <input type="checkbox"/> 2 C. Todos los días ..... <input type="checkbox"/> 3
--	---	--

79

80

¿Por qué no utiliza el transporte público? (máximo 3 opciones)	¿Por qué razón va caminando o en bicicleta? (máximo 3 opciones)
--	---

A. No hay servicio allí donde voy ..... <input type="checkbox"/> 01 B. Tengo la parada lejos de casa ..... <input type="checkbox"/> 02 C. Poca frecuencia ..... <input type="checkbox"/> 03 D. La duración del viaje es muy larga ..... <input type="checkbox"/> 04 E. Tengo que hacer muchos transbordos ..... <input type="checkbox"/> 05 F. Los vehículos o enlaces no están adaptados ..... <input type="checkbox"/> 06 G. He de llevar / recoger los niños/as a la escuela ..... <input type="checkbox"/> 07 H. Sale más caro ..... <input type="checkbox"/> 08 I. Por comodidad ..... <input type="checkbox"/> 09 J. Necesito el vehículo para trabajar o para otra actividad posterior ..... <input type="checkbox"/> 10 K. Dispongo de aparcamiento allí donde voy ..... <input type="checkbox"/> 11 L. Otras razones (especificar) ..... <input type="checkbox"/> 12	A. Ejercicio / salud ..... <input type="checkbox"/> 1 B. Proximidad ..... <input type="checkbox"/> 2 C. Coste ..... <input type="checkbox"/> 3 D. Hay carriles o caminos adecuados ..... <input type="checkbox"/> 4 E. No hay ningún otro transporte ..... <input type="checkbox"/> 5 F. Por entretenimiento ..... <input type="checkbox"/> 6 G. Porque no puedo aparcar el coche ..... <input type="checkbox"/> 7 H. Conciencia medioambiental ..... <input type="checkbox"/> 8 I. Otras razones (especificar) ..... <input type="checkbox"/> 9
--	--

81

82

¿Porqué no va caminando o en bici, normalmente? (máximo 3 opciones)

¿Hace normalmente a pie las distancias inferiores a 2 km?

- A. Trabajo o estudio lejos .....  01  
 B. Problemas físicos .....  02  
 C. Demasiado tráfico .....  03  
 D. Tiempo del trayecto .....  04  
 E. Aceras estrechas .....  05  
 F. Falta de una red completa de carriles bici .....  06  
 G. Falta de instalaciones de aparcamiento de bicicletas .....  07  
 H. Necesito el vehículo para trabajar o para otra actividad posterior .....  08  
 I. Tengo que transportar equipo .....  09  
 K. Seguridad personal .....  10  
 L. Otras razones (especificar) .....  11

A. No  6B. Sí  1

## CONCIENCIA MEDIO AMBIENTAL

83

84

85

86

¿Le preocupa la situación del medio ambiente?

¿Ha tenido Vd. conocimiento en el último año de alguna campaña de sensibilización relativa a la protección del medio ambiente (agua, energía, reciclaje, etc.)?

A lo largo de 2019, ¿ha detectado en su entorno algún problema medioambiental?

A lo largo de 2019, ¿ha participado en alguna de las siguientes actividades?

- A. Nada .....  1  
 B. Poco .....  2  
 C. Mucho .....  3  
 D. No sabe / No contesta .....  4

- A. Sí .....  1  
 B. No .....  6  
 C. No sabe / No contesta .....  9

- A. No  6  
 B. Sí  1

- Sí  1 No  6
1. Colaborar con alguna organización en defensa del medio ambiente .....  1  6
2. Participar en voluntariados ambientales .....  1  6
3. Firmar en contra de situaciones que Vd. considere perjudiciales para el medio ambiente (desarrollos urbanísticos o proyectos concretos de cualquier tipo) .....  1  6
- 88
4. Manifestarse contra alguna situación perjudicial para el medio ambiente .....  1  6
5. Han denunciado personalmente algún problema que hayan identificado .....  1  6

87

88

¿Por qué no ha participado en ninguna de estas actividades? (máximo 3 opciones)

¿Estaría a favor de las siguientes medidas para la protección del medio ambiente?

- A. Por falta de tiempo .....  1  
 B. Por falta de dinero .....  2  
 C. Por desconocimiento .....  3  
 D. Por desinterés / por indiferencia .....  4  
 E. Por salud, edad .....  5  
 F. Porque no ha habido motivo .....  6  
 G. Por desconfianza en algunas organizaciones .....  7  
 H. Otra razón (especificar) .....  8

- Sí  1 No  6
1. Obligar, bajo multa, a la separación de residuos domésticos .....  1  6
2. Regular o restringir el consumo abusivo de agua de cada vivienda .....  1  6
3. Establecer un impuesto ambiental a los combustibles más contaminantes .....  1  6
4. Establecer medidas restrictivas en el uso del transporte privado .....  1  6
5. Establecer un impuesto ecológico al turismo .....  1  6
6. Instalación de un parque de energía renovable (eólica, solar) en un municipio, a pesar del efecto sobre el paisaje .....  1  6
7. Pagar más por el uso de energías alternativas .....  1  6
8. Reducir el ruido de las vías principales de circulación (paneles antirruído, pavimento sonorreductor) .....  1  6

## MÓDULO DE VARIABLES SOCIALES BÁSICAS

89

90

¿Cuál es el estado civil legal actual?

Refiriéndonos a la semana pasada, señale cuál era la situación en relación con la actividad.

- A. Soltero/a  1  
 B. Casado/a  2  
 C. Viudo/a  3  
 D. Divorciado/a, matrimonio anulado  4  
 E. Separado/a legal  5  
 F. Pareja de hecho registrada  6

- A. Ocupada/o  1  
 B. Parada/o, busca 1<sup>er</sup> empleo  2

- C. Parada/o, ha trabajado antes  3  
 D. Jubilada/o (ha trabajado)  4  
 E. Otros/as pensionistas (no de jubilación)  5  
 F. Escolar, menor, estudiante  6  
 G. Labores del hogar  7  
 H. Otros (rentista,...)  8

95

91

92

93

¿Qué tipo de empleo principal tiene?

¿Cuál es o era su situación profesional?

¿Cuál es la actividad o qué hace el establecimiento en el que trabaja o dirige (trabajaba o dirigía)?

Especifique lo más posible la naturaleza concreta de la actividad.

A. Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> 1  B. Empleado/a por cuenta ajena (asalariado/a):  - Con contrato indefinido <input type="checkbox"/> 2  - Con contrato temporal o de duración determinada <input type="checkbox"/> 3	1. <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/> Resto  2. A. Empresario/a con personas asalariadas <input type="checkbox"/> 1 B. Autónomo/a <input type="checkbox"/> 2 C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/> 3 D. Cooperativista <input type="checkbox"/> 4 E. Con empleo asalariado fijo <input type="checkbox"/> 5 F. Con empleo asalariado eventual <input type="checkbox"/> 6 G. Otras situaciones <input type="checkbox"/> 7	Agricultura, ganadería, caza, silvicultura ..... <input type="checkbox"/> A Hostelería ..... <input type="checkbox"/> I Pesca y acuicultura ..... <input type="checkbox"/> B Intermediación financiera ..... <input type="checkbox"/> J Industrias Extractivas ..... <input type="checkbox"/> C Alquiler, inmobiliarias y servicios a empresas ..... <input type="checkbox"/> K Industria Manufacturera ..... <input type="checkbox"/> D Administración Pública ..... <input type="checkbox"/> L Producción y distribución de energía Eléctrica, Gas y Agua ..... <input type="checkbox"/> E Actividades sanitarias y veterinarias; servicios sociales ..... <input type="checkbox"/> N Construcción ..... <input type="checkbox"/> F Otras actividades sociales y servicios personales ..... <input type="checkbox"/> O Comercio y Reparación ..... <input type="checkbox"/> G Hogares que emplean personal doméstico ..... <input type="checkbox"/> P Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones ..... <input type="checkbox"/> H Organismos Extraterritoriales ... <input type="checkbox"/> Q	

94

95

PROFESIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que está realizando o ha realizado la persona de referencia?

- Nunca tuvo empleo   
 A. Director/a o gerente (empresas y Administración Pública)   
 B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a,...)   
 C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante/a, programador/a,...)   
 D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas)
- E. Trabajador/a de los servicios de restauración, personales, protección o vendedores/as   
 F. Trabajador/a cualificado/a en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero   
 G. Artesano/a o trabajador/a cualificado en la industria manufacturera o la construcción   
 H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a   
 I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado
- A. Sin estudios   
 B. Primarios (Enseñanza Primaria, EGB)   
 C. Profesionales (Maestría profesional, FP1, FP2, Módulos profesionales, Ciclos formativos)   
 D. Secundarios (ESO, BUP, COU, Bachillerato)   
 E. Superiores (Estudios Universitarios, Ingenierías, Técnicas, Grados, Diplomaturas, Licenciaturas...)

# BIENESTAR PERSONAL

P 4

(B1)

(B2)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?</p>	<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....? (Responda a todas)</p>
---	--

<p>1. Su vida en la actualidad?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sus relaciones personales?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. La situación económica de su hogar?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Su vivienda?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. La calidad de la zona en la que vive?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe      No contesta</p>	<p>No trabaja      No se desplaza</p>	<p>No sabe      No contesta</p>
		<p>1. Su trabajo actual?      <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">(B3)</span>      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
		<p>2. El tiempo empleado para ir a su trabajo?      <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">(B3)</span>      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

(B3)

(B4)

(B5)

(B6)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no merece la pena y 10 que merece la pena totalmente, ¿En qué medida piensa que lo que hace en su vida merece la pena en general?</p>	<p>¿Tiene a alguien con quien hablar de temas personales?</p>	<p>Si la necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares que no sean miembros de su hogar o a amigos/as, o a vecinos/as?</p>	<p>Durante las cuatro últimas semanas, ¿Con qué frecuencia.....? (Responda a todas)</p>
---	---	---	---

<p>A.      <input type="checkbox"/>          B. No sabe      <input type="checkbox"/>          C. No contesta      <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No      <input type="checkbox"/>          B. Sí      <input type="checkbox"/>          C. Sin familiares ni amigos/as ni vecinos/as      <input type="checkbox"/>          D. No sabe      <input type="checkbox"/>          E. No contesta      <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Siempre      B. La mayor parte del tiempo      C. Algunas veces      D. Casi nunca      E. Nunca      F. No sabe      G. No contesta</p>	<p>1. Estuvo especialmente tenso/a?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Se sintió feliz?      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---	--	--

(B7)

(B8)

(B9)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que, en general, no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto diría usted que puede confiar en la mayor parte de las personas?</p>	<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto confía personalmente en cada una de las siguientes instituciones? (Responda a todas)</p>	<p>¿Se siente seguro caminando a solas de noche en la zona en la que vive?</p>
--	---	--

<p>A.      <input type="checkbox"/>          B. No sabe      <input type="checkbox"/>          C. No contesta      <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...)      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          3. Policía (Policía Nacional, Ertzaintza, Guardia Civil,...)      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Muy seguro/a      <input type="checkbox"/>          B. Bastante seguro/a      <input type="checkbox"/>          C. Un poco inseguro/a      <input type="checkbox"/>          D. Muy inseguro/a      <input type="checkbox"/>          E. No sabe      <input type="checkbox"/>          F. No contesta      <input type="checkbox"/></p>
---	---	--

Gracias por su colaboración

**ENCUESTA FINALIZADA**