

## **ANEXO 3**

**Questionario de la  
Encuesta Social 2008:  
Hogares y  
Medio Ambiente**





## Encuesta Social 2008: Hogares y Medio Ambiente



### I. IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL HOGAR

#### 1. IDENTIFICACIÓN

1. Provincia _____	<input type="text"/>
2. Nº de orden de la sección _____	<input type="text"/>
3. Vivienda _____	<input type="text"/>
4. Titular nº _____	<input type="text"/>

#### 2. ¿Quién es la persona de referencia de la vivienda?

*Entrevistador, anote sólo nombre y apellidos (más adelante cumplimentará Encuestable N°).*

**PERSONA DE REFERENCIA DE LA VIVIENDA:** es aquella persona de 18 ó más años que reside en la vivienda y a cuyo nombre esté el título de propiedad o el contrato de arrendamiento o subarrendamiento de la vivienda. En caso de cesión gratuita, será el individuo a quien se le haya cedido la vivienda.

*Si varias personas compartieran la responsabilidad de la vivienda, se anotará la que aporte más ingresos al presupuesto común.*

D./Dª ..... Encuestable N°

#### 3. INFORMANTE

*Entrevistador, anote sólo nombre y apellidos (más adelante cumplimentará Encuestable N°).*

**INFORMANTE:** se considera que la persona de referencia de la vivienda es la adecuada para contestar las preguntas generales sobre la vivienda. Si no está disponible para contestar, pregunte por otra persona mayor de edad que pueda hablar en nombre de las personas de la vivienda.

D./Dª ..... Encuestable N°

#### 4. DATOS DE CONTACTO

*Entrevistador, solicite al informante un teléfono de contacto con la vivienda (Teléfono 1).*

*(Más adelante deberá intentar conseguir el teléfono de la persona seleccionada (Teléfono 2).*

1. Teléfono 1

2. Teléfono 2

#### Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Social 2008: Hogares y Medio Ambiente es una investigación estadística que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con las oficinas de estadística de las Comunidades Autónomas.

Esta investigación se dirige a las viviendas con el fin de obtener datos comparativos sobre los hábitos, pautas de consumo y actitudes de los hogares en relación con el medio ambiente, así como sobre el equipamiento de las viviendas y el uso que hacen del mismo en relación con diferentes aspectos medioambientales.

#### Legislación

##### Secreto Estadístico

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico**, los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989, (LFEP)). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).

##### Obligación de facilitar los datos

Las Leyes 4/1990 y 13/1996 establecen la obligación de facilitar los datos que se soliciten para la elaboración de esta Estadística.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (artículo 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro de los plazos** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

Para velar por el cumplimiento de estas normas la LFEP (art. 48) otorga al INE capacidad sancionadora.

**5. ¿Qué nacionalidad tiene la persona de referencia de la vivienda?**

- Española \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 7  
 Extranjera \_\_\_\_\_  2  
 Española y otra \_\_\_\_\_  3  
 Ninguna \_\_\_\_\_  4 → pasar a pregunta 7

**6. ¿De qué país es la nacionalidad de la persona de referencia?**

PAÍS .....

*Entrevistador, a continuación marque la opción adecuada, teniendo en cuenta que los actuales países miembros de la Unión Europea son: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia.*

- De un país de la Unión Europea \_\_\_\_\_  1  
 De un país fuera de la Unión Europea \_\_\_\_\_  6

**7. ¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad la persona de referencia? (Si se encuentra en varias situaciones, indique sólo la que considere principal)**

Realiza un trabajo (incluya aquí los trabajos no remunerados en negocios familiares y los de aprendices o becarios):

- A tiempo completo \_\_\_\_\_  1  
 A tiempo parcial \_\_\_\_\_  2  
 Desempleado \_\_\_\_\_  3  
 Alumno, estudiante, experiencia laboral no remunerada \_\_\_\_  4  
 Jubilado, pre-jubilado o retirado del negocio \_\_\_\_\_  5  
 Incapacitado permanente \_\_\_\_\_  6  
 Dedicado a las labores del hogar \_\_\_\_\_  7  
 Inactivo por otros motivos \_\_\_\_\_  8

**8. ¿Cuáles son los estudios terminados de más alto nivel de la persona de referencia?**

*Entrevistador: anote a continuación el literal y señale la opción que corresponda. El informante debe especificar suficientemente para que se pueda codificar correctamente (ej.: ha asistido menos de cinco años a la escuela, tres cursos completos de Ciencias Económicas y Empresariales, doctorado en Ciencias Sociales, ...).*

.....  
 .....

- No sabe leer ni escribir \_\_\_\_\_  1
- Estudios primarios incompletos \_\_\_\_\_  2
- Estudios primarios o equivalentes \_\_\_\_\_  3
- Enseñanza secundaria de 1ª etapa \_\_\_\_\_  4
- Estudios de bachillerato \_\_\_\_\_  5
- Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalente \_\_\_\_\_  6
- Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes \_\_\_\_\_  7
- Estudios universitarios de primer ciclo o equivalentes \_\_\_\_\_  8
- Estudios universitarios de segundo o tercer ciclo o equivalentes \_\_\_\_\_  9

Entrevistador, lea al informante: **Dígame los nombres y apellidos de todas las personas presentes en la actualidad DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA, anote el Sexo y consigne TIPO=Presente.**  
 Luego lea al informante: **Dígame si hay alguna otra persona que esté ausente en la actualidad y que considere ésta el sexo y consigne TIPO=Ausente.**  
 Por último lea al informante: **Dígame si hay alguna otra persona que no tenga ninguna residencia habitual y que viva anote el Sexo y consigne TIPO = Sin Residencia Habitual.**

9. TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA

1. Nº de orden	2. NOMBRE Y APELLIDOS <i>Entrevistador: anote con letras mayúsculas y claras</i>	3. SEXO <i>Entrevistador: pregúntelo sólo en caso de duda</i>	4. TIPO	5. ¿Tiene otra vivienda que considere su residencia habitual? <i>(Sólo se tiene una residencia habitual)</i>
01	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
02	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
03	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
04	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
05	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
06	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
07	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8

4

en esta vivienda, por favor por orden de edad, empezando por las personas mayores'. A continuación escribalos en la TABLA su residencia habitual'. En caso afirmativo, escriba sus nombres y apellidos en la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA, anote actualmente en esta vivienda'. En caso afirmativo, escriba sus nombres y apellidos en la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA,

6. ¿Cuál de las siguientes es la causa de su ausencia...	7. ¿La duración total de la ausencia va a ser menor de 6 meses?	8. Fecha de nacimiento (Si no conoce la fecha exacta, anote la edad aproximada)	9. ¿Es encuestable? Entrevistador: anote SI, si la edad es mayor o igual a 16	10. ENCUESTABLE N° Entrevistador: anote un n° correlativo si 'Es Encuestable'	11. ¿Es miembro del hogar de la persona de referencia?
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6

1. Nº de orden	2. Nombre y apellidos <i>Entrevistador: anote con letras mayúsculas y claras</i>	3. SEXO <i>Entrevistador: pregúntelo sólo en caso de duda</i>	4. TIPO	5. ¿Tiene otra vivienda que considere su residencia habitual? <i>(Sólo se tiene una residencia habitual)</i>
08	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
09	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
10	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
11	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
12	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
13	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
14	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8
15	..... ..... .....	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Presente <input type="checkbox"/> 1 Ausente <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 Sin residencia habitual <input type="checkbox"/> 3 → pasar a 8	SÍ <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 8

6

6. ¿Cuál de las siguientes es la causa de su ausencia...	7. ¿La duración total de la ausencia va a ser menor de 6 meses?	8. Fecha de nacimiento (Si no conoce la fecha exacta, anote la edad aproximada)	9. ¿Es encuestable? Entrevistador: anote SI, si la edad es mayor o igual a 16	10. ENCUESTABLE N° Entrevistador: anote un n° correlativo si 'Es Encuestable'	11. ¿Es miembro del hogar de la persona de referencia?
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6
Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc.? <input type="checkbox"/> 1 Es por otros motivos como: Trabajo, estudios, viaje, etc.? <input type="checkbox"/> 6 ↓ pasar a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	1. Mes <input type="text"/> 2. Año <input type="text"/> 3. Edad <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 11	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6

**10. TIPO DE HOGAR**

*Entrevistador: cumplimente esta pregunta basándose en la información recogida en la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA. Si con esa información no es suficiente, consulte al Informante. Tenga en cuenta que si en la vivienda residen varios hogares, esta pregunta corresponde al hogar de la Persona de Referencia de la vivienda.*

- Hogar Unipersonal \_\_\_\_\_  1
- Pareja sola \_\_\_\_\_  2
- Hogar de padres e hijos sin 'otras' personas:**
- Pareja con algún hijo menor de 25 años \_\_\_\_\_  3
- Pareja con todos los hijos mayores de 25 años \_\_\_\_\_  4
- Padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años \_\_\_\_\_  5
- Padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años \_\_\_\_\_  6
- Hogar con 'otras' personas:**
- Pareja o padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar \_\_\_\_\_  7
- Otro tipo de hogar \_\_\_\_\_  8

*Entrevistador: anote el dato 'Encuestable n°' a la persona de referencia en la portada: para ello, busque esa persona en la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA y tome nota del número asignado en la columna '10. ENCUESTABLE N°'. Análogamente, anote el dato 'Encuestable n°' del informante en la portada: busque esta persona en la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA y tome nota del número que se le asignó en la columna '10. ENCUESTABLE N°'.*

**SELECCIÓN DE LA PERSONA A ENCUESTAR**

*Entrevistador, léale al informante 'A continuación voy a seleccionar a la persona de la vivienda que debe contestar ciertas preguntas referentes a ella misma'.*

**11. IDENTIFICADOR DE LA VIVIENDA**

*Entrevistador, copie aquí el dato Titular n° que figura en la portada del cuestionario y haga una marca en la fila correspondiente a ese n° de la siguiente TABLA DE SELECCIÓN.*

Titular n° \_\_\_\_\_

**TABLA DE SELECCIÓN**

		Total personas encuestables														
Tit n°	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	
1	1	1	1	3	3	6	2	3	3	3	6	6	2	2	3	
2	1	2	2	4	4	1	3	4	9	9	10	7	8	10	11	
3	1	1	3	1	5	2	4	5	5	5	2	2	4	4	5	
4	1	2	1	2	1	3	5	6	7	6	7	9	10	12	13	
5	1	1	2	3	2	4	6	7	2	2	4	4	6	6	7	
6	1	2	3	4	3	5	7	8	9	8	9	11	12	14	15	
7	1	1	1	1	4	6	1	1	4	4	6	6	1	1	1	
8	1	2	2	2	5	1	2	2	7	10	11	7	8	9	10	

**12. TOTAL DE PERSONAS ENCUESTABLES**

*Entrevistador, copie aquí el último valor anotado en la columna 10. ENCUESTABLE N° de la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA y haga una marca en la columna correspondiente a este n° en la TABLA DE SELECCIÓN.*

TOTAL \_\_\_\_\_

**13. PERSONA SELECCIONADA**

*Entrevistador, busque en la TABLA DE SELECCIÓN el n° correspondiente a la fila y columna marcadas y rodéelo con un círculo. Localice a continuación a la persona que tenga este n° en la columna 10. ENCUESTABLE N° de la TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA, haga una marca en la fila de dicha persona y anote aquí su nombre, apellidos y el mencionado n°.*

Nombre y apellidos ..... Encuestable N°

*A continuación informe a su interlocutor de qué persona ha resultado seleccionada.*

**14. Dígame en qué intervalo, de los que le leeré a continuación, se encuentran los ingresos mensuales netos del conjunto de miembros de su hogar**

Deberá contabilizar la suma de los ingresos regulares medios procedentes de todas las fuentes, percibidos por todos los miembros del hogar como promedio de los últimos 12 meses, deduciendo los impuestos y las cotizaciones sociales. No olvide promediar las pagas extraordinarias y otros ingresos extraordinarios percibidos regularmente. Se tendrán en cuenta los ingresos de todos los miembros del hogar, aporten o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar.

**Entrevistador, en el cómputo del importe de estos ingresos mensuales se deberá tener en cuenta que:**

- ▶ Para los ingresos de **trabajo por cuenta ajena**, debe sumar al importe mensual, el prorrateo de los ingresos regulares que no tengan periodicidad mensual (pagas extraordinarias y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente).
- ▶ Para los ingresos de **trabajo por cuenta propia**, debe descontar del importe de los ingresos mensuales los gastos deducibles, retenciones a cuenta o pagos fraccionados.
- ▶ Si hay **varios hogares en la vivienda**, sólo deben considerarse los ingresos de los miembros del hogar al que pertenece la persona de referencia.

- Menos de 1.100 euros \_\_\_\_\_  1
- De 1.101 a 1.800 euros \_\_\_\_\_  2
- De 1.801 a 2.700 euros \_\_\_\_\_  3
- Más de 2.700 euros \_\_\_\_\_  4
- NO SABE/NO CONTESTA \_\_\_\_\_  9

**II. AGUA**

**II.1. SUMINISTRO/ABASTECIMIENTO DE AGUA**

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

- Sistema de abastecimiento urbano \_\_\_\_\_  1
- Agua procedente de un pozo privado, fuente, manantial, lago, río \_\_\_\_\_  2
- Otra fuente de abastecimiento (especificar) . . . . .  3
- NO SABE/NO CONTESTA \_\_\_\_\_  9

**16. En su vivienda ¿Aplican al agua potable algún tratamiento adicional antes de consumirla?**

- SÍ \_\_\_\_\_  1
- NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a 18

**17. ¿Qué sistema utilizan para tratar el agua?**

- Utilizan un filtro purificador \_\_\_\_\_  1
- Normalmente hierven el agua antes de utilizarla \_\_\_\_\_  2
- Otro sistema (especificar): . . . . .  3

**II.2. ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA AHORRAR AGUA (DISPOSITIVOS Y HÁBITOS)**

**18. ¿Dispone su vivienda de alguno de los siguientes dispositivos para ahorrar agua en grifos, ducha e inodoros?**

- |   | 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, con sensor de infrarrojos, con 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 |

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

- |  | 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 los senos del 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 |

**III. ENERGÍA**

**III.1. FUENTES DE ENERGÍA/TIPO DE COMBUSTIBLE**

**20. ¿Utilizan electricidad en su vivienda?**

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 22

**21. Con respecto al suministro eléctrico ¿Dispone su vivienda de tarifa nocturna?**

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

**22. ¿Utilizan energía solar en su vivienda?**

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 24

**23. ¿Utilizan paneles solares ...**

	SÍ	NO	NO SABE/NO CONTESTA
1. Térmicos? (para calentar el agua) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Fotovoltaicos? (para obtener electricidad) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

**24. De las siguientes fuentes de energía ¿Cuáles utilizan en su vivienda?**

	SÍ	NO
1. Gas canalizado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Gases licuados del petróleo (butano, propano, etc.)/Bombona de gas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Madera _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Combustibles líquidos (gasóleo, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otra fuente de energía o combustible (especificar): .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**III.2. CALEFACCIÓN**

**25. ¿Dispone su vivienda de calefacción?**

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 37 (página 14)

26. Dígame si su vivienda dispone de alguno de los siguientes sistemas de calefacción que le enumero a continuación:

	SÍ	NO
<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 (por conductos) _____	<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. ¿Han cambiado el sistema de calefacción en los últimos doce meses o han decidido cambiarlo en los próximos doce meses?

SÍ \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 29

28. ¿Cuáles son las razones por las que han elegido el nuevo sistema de calefacción? (señale las que considere más oportunas)

	SÍ	NO
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 un experto/amigo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**29. ¿Cuántas habitaciones en su vivienda disponen de calefacción?**

- Todas o la mayoría \_\_\_\_\_  1  
 Sólo una parte \_\_\_\_\_  6

**30. A lo largo de 2007, ¿cuántos meses han utilizado la calefacción?**

- Menos de un mes \_\_\_\_\_  1  
 De uno a menos de tres meses \_\_\_\_\_  2  
 De tres a menos de seis meses \_\_\_\_\_  3  
 Seis meses o más \_\_\_\_\_  4  
 NO SABE/NO CONTESTA \_\_\_\_\_  9

**31. ¿Dispone su calefacción de termostato de ambiente (manual o digital)?**

- SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

**32. En invierno, ¿apagan la calefacción cuando duermen?**

- Sí, la apagamos por la noche \_\_\_\_\_  1  
 Sí, se apaga desde la central \_\_\_\_\_  2  
 No \_\_\_\_\_  6
- pasar al cuadro  
Entrevistador delante  
de la pregunta 34

*Entrevistador: Si en la 31 han contestado NO, pasar a la pregunta 35*

**33. ¿A qué temperatura mantienen su vivienda cuando duermen?**

Grados centígrados \_\_\_\_\_

*Entrevistador: Si en la 31 han contestado NO, pasar a la pregunta 35*

**34. Durante el día, cuando tienen la calefacción encendida, ¿a qué temperatura mantienen su vivienda cuando están en ella?**

Grados centígrados \_\_\_\_\_

**35. Si se ausentan más de un día de su vivienda, ¿apagan la calefacción?**

*Entrevistador, si no suelen ausentarse más de un día, marque NO PROCEDE*

- SÍ \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 37  
 NO \_\_\_\_\_  6  
 NO PROCEDE \_\_\_\_\_  8 → pasar a pregunta 37

*Entrevistador: Si en la 31 han contestado NO, pasar a la pregunta 37*

**36. ¿A qué temperatura mantienen la calefacción cuando no están en su vivienda?**

Grados centígrados \_\_\_\_\_

### III.3. AIRE ACONDICIONADO

**37. ¿Dispone su vivienda de aire acondicionado?**

- SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 43

**38. ¿Cuántas habitaciones en su vivienda disponen de aire acondicionado?**

- Todas \_\_\_\_\_  1  
 La mayoría \_\_\_\_\_  2  
 Sólo una parte \_\_\_\_\_  3

**39. El sistema de aire acondicionado de su vivienda, ¿es individual o central?**

- Individual \_\_\_\_\_  1  
 Central \_\_\_\_\_  2  
 NO SABE/NO CONTESTA \_\_\_\_\_  9

**40. Cuando conectan el aire acondicionado, ¿a qué temperatura suelen graduarlo en verano?**

Grados centígrados \_\_\_\_\_

**41. En verano, ¿suelen apagar el aire acondicionado cuando duermen?**

- Sí, la apagamos por la noche \_\_\_\_\_  1  
 Sí, se apaga desde la central \_\_\_\_\_  2  
 No \_\_\_\_\_  6
- pasar a pregunta 43

**42. ¿A qué temperatura suelen graduarlo por la noche?**

Grados centígrados \_\_\_\_\_

**III.4. AISLAMIENTO TÉRMICO**

43.

1. Dígame si las ventanas de su vivienda disponen de:		2. Indique si dispone en todas las ventanas o únicamente en alguna/s	
A. Toldo	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	En todas <input type="checkbox"/> 1 En alguna/s <input type="checkbox"/> 6	
B. Persiana o contraventana	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	En todas <input type="checkbox"/> 1 En alguna/s <input type="checkbox"/> 6	
C. Cristales tintados o protectores solares	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	En todas <input type="checkbox"/> 1 En alguna/s <input type="checkbox"/> 6	
D. Doble cristal	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	En todas <input type="checkbox"/> 1 En alguna/s <input type="checkbox"/> 6	
E. Rotura de puente térmico	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	En todas <input type="checkbox"/> 1 En alguna/s <input type="checkbox"/> 6	

**III.5. ILUMINACIÓN**

44. ¿Dispone su vivienda de tubos o luces fluorescentes?

SÍ \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6

45. Aparte de tubos o luces fluorescentes, ¿dispone su vivienda de bombillas de bajo consumo (incluidos halógenos)?

SÍ \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6

*Entrevistador: haga esta pregunta si en la 44 y en la 45 han contestado NO. En otro caso pasar a pregunta 47*

46. ¿Por qué no utilizan fluorescentes o bombillas de bajo consumo?

Son más caras \_\_\_\_\_  1  
Dan menos luz \_\_\_\_\_  2  
Por otra razón (especificar): .....  3

→ pasar a pregunta 48

47. ¿Cuántas habitaciones en su vivienda tienen fluorescentes u otro tipo de luces de bajo consumo?

Todas \_\_\_\_\_  1  
La mayoría \_\_\_\_\_  2  
Sólo una parte \_\_\_\_\_  3

**IV. RESIDUOS**

**IV.1. PAPEL Y CARTÓN/PLÁSTICOS/METALES/ VIDRIO/RESIDUOS ORGÁNICOS**

48. Dígame si cerca de su vivienda hay contenedores específicos que permiten clasificar los residuos de los siguientes tipos:

	SÍ	NO
1. Sólo residuos orgánicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Papel y cartón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Vidrio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Envases de plástico, metálicos (latas, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

49.

1. ¿Suelen separar los siguientes residuos para llevarlos a su punto de recogida específico?		2. ¿Con qué frecuencia llevan cada tipo de residuo a un punto de recogida?	3. Indique la razón principal por la que no han separado los residuos anteriores:
A. Sólo residuos orgánicos	SÍ <input type="checkbox"/> 1	Diariamente, al menos 5 días por semana <input type="checkbox"/> 1	No dispone de espacio suficiente en su vivienda <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 6	Todas las semanas pero no diariamente <input type="checkbox"/> 2	No merece la pena porque no generan suficientes residuos <input type="checkbox"/> 2
	↓ pasar a pregunta 3	Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas <input type="checkbox"/> 3 → FIN	No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos <input type="checkbox"/> 3
		Con menos frecuencia <input type="checkbox"/> 4	No le interesa/Le supone demasiado esfuerzo <input type="checkbox"/> 4
		NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9	NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9
B. Papel y cartón	SÍ <input type="checkbox"/> 1	Diariamente, al menos 5 días por semana <input type="checkbox"/> 1	No dispone de espacio suficiente en su vivienda <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 6	Todas las semanas pero no diariamente <input type="checkbox"/> 2	No merece la pena porque no generan suficientes residuos <input type="checkbox"/> 2
	↓ pasar a pregunta 3	Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas <input type="checkbox"/> 3 → FIN	No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos <input type="checkbox"/> 3
		Con menos frecuencia <input type="checkbox"/> 4	No le interesa/Le supone demasiado esfuerzo <input type="checkbox"/> 4
		NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9	NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9
C. Vidrio	SÍ <input type="checkbox"/> 1	Diariamente, al menos 5 días por semana <input type="checkbox"/> 1	No dispone de espacio suficiente en su vivienda <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 6	Todas las semanas pero no diariamente <input type="checkbox"/> 2	No merece la pena porque no generan suficientes residuos <input type="checkbox"/> 2
	↓ pasar a pregunta 3	Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas <input type="checkbox"/> 3 → FIN	No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos <input type="checkbox"/> 3
		Con menos frecuencia <input type="checkbox"/> 4	No le interesa/Le supone demasiado esfuerzo <input type="checkbox"/> 4
		NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9	NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9
D. Envases de plástico, metálicos (latas, etc)	SÍ <input type="checkbox"/> 1	Diariamente, al menos 5 días por semana <input type="checkbox"/> 1	No dispone de espacio suficiente en su vivienda <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 6	Todas las semanas pero no diariamente <input type="checkbox"/> 2	No merece la pena porque no generan suficientes residuos <input type="checkbox"/> 2
	↓ pasar a pregunta 3	Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas <input type="checkbox"/> 3 → FIN	No hay en su zona servicio de recogida de dichos residuos <input type="checkbox"/> 3
		Con menos frecuencia <input type="checkbox"/> 4	No le interesa/Le supone demasiado esfuerzo <input type="checkbox"/> 4
		NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9	NO SABE/NO CONTESTA <input type="checkbox"/> 9

16

**IV.2. OTROS RESIDUOS**

*Entrevistador: dígame al informante A partir de aquí, siempre que se pregunte por vehículos nos referiremos a vehículos de motor, es decir: coche, ciclomotor, moto y furgoneta'*

**50. ¿Algún miembro de la vivienda dispone de vehículo?**

*Entrevistador, marque SI en caso de que se disponga de vehículos, sea cual sea su uso (profesional o personal)*

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 52

**51. ¿Suelen eliminar los siguientes residuos procedentes de vehículos en alguno de los siguientes lugares?**

*Entrevistador, marque OTROS/NO PROCEDE en caso de que no hayan reciclado estos productos, no dispongan de ellos o los reciclen en otros lugares*

	Contenedores de basura	Punto limpio	Empresa o tienda que los vende o talleres	Vertido por el fregadero o desagüe	OTROS/NO PROCEDE
1. Neumáticos de vehículos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 8
2. Aceites de motor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8
3. Baterías	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 8

52. ¿Suelen eliminar los residuos especificados a continuación en alguno de los siguientes lugares?

*Entrevistador, marque OTROS/NO PROCEDE en caso de que no hayan reciclado estos productos, no dispongan de ellos o los reciclen en otros lugares*

	Contenedores de basura	Punto limpio	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	OTROS/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"/> 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

**V. EQUIPAMIENTO Y USO DE LA VIVIENDA EN RELACIÓN CON EL MEDIO AMBIENTE**

*Entrevistador, léale al informante 'A continuación le voy a hacer unas preguntas referentes a electrodomésticos. Si de alguno de ellos tiene varios modelos, refiérase al más moderno'*

**53. TABLA DE ELECTRODOMÉSTICOS**

	<b>A. Frigorífico</b>	<b>B. Lavadora</b>	<b>C. Secadora independiente</b>	<b>D. Lavavajillas</b>	<b>E. Horno</b>
<b>1. ¿Disponen en su vivienda de ...</b>	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 ↓ FIN				
<b>2. ¿Qué antigüedad tiene?</b>					
Menos de 1 año _____	<input type="checkbox"/> 1				
Entre 1 y menos de 5 años _____	<input type="checkbox"/> 2				
Entre 5 y menos de 10 años _____	<input type="checkbox"/> 3				
10 años o más _____	<input type="checkbox"/> 4				
<b>3. ¿Su calificación energética es una de las que le enumero a continuación: A, A+, A++?</b>	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 NS/NC <input type="checkbox"/> 9	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 NS/NC <input type="checkbox"/> 9	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 NS/NC <input type="checkbox"/> 9	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 NS/NC <input type="checkbox"/> 9	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 NS/NC <input type="checkbox"/> 9
<b>4. ¿Con qué frecuencia lo ponen?</b>					
1 vez a la semana o menos _____		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 - 4 veces a la semana _____		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
5 - 7 veces a la semana _____		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Más de 7 veces a la semana _____		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>5. ¿Dispone de programas de media carga/económicos?</b>					
Sí, pero no solemos utilizarlos _____		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Sí, y solemos utilizarlos _____		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
No dispone _____		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	

**54. ¿Dispone su vivienda de congelador independiente?**

- SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

**55. ¿De qué tipo de cocina dispone su vivienda?**

- |  | SÍ                         | NO                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 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 de vitrocerámica eléctrica (diferente a la inducción) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Placa de 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 |
| .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

*Entrevistador, a continuación consulte la TABLA DE ELECTRODOMÉSTICOS y si no disponen de horno pase a leer el texto anterior a la pregunta 57.*

**56. ¿De qué tipo de horno dispone su vivienda?**

- |                             | SÍ                         | NO                         |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Horno de gas _____       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Horno eléctrico _____    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Otro tipo de horno _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

*Entrevistador, a continuación consulte la Tabla de Electrodomésticos y si no disponen de lavadora pase a la pregunta 58.*

**57. Cuando utilizan la lavadora, ¿a qué temperatura ponen el agua?**

- Caliente (más de 40 grados) \_\_\_\_\_  1  
 Templada (de 30 a 40 grados) \_\_\_\_\_  2  
 Fría (menos de 30 grados) \_\_\_\_\_  3  
 Varias, depende de la ropa, de la suciedad, etc \_\_\_\_\_  4

58. ¿Dígame 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
A. Microondas (con o sin horno)	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Campana extractora	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Robot de cocina	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
D. Batidora	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
E. Exprimidor eléctrico	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F. Tostador eléctrico o sandwichera	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
G. Cafetera eléctrica	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
H. Grill o plancha eléctrica para cocinar	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
I. Máquina de afeitar eléctrica	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J. Secador de pelo	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
K. Ventilador portátil o de techo (en verano)	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
L. Limpiadora a vapor	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
M. Aspirador	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
N. Plancha para la ropa	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
O. Manta eléctrica (en invierno)	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

59. ¿Dígame para los siguientes aparatos...

	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
A. Televisor	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Reproductor/grabador DVD	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Descodificador TDT (incluidos los integrados en el televisor)	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
D. Cadena, equipo de música	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
E. Ordenador (de sobremesa y/o portátil)	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F. Videoconsola (juegos)	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
G. Aparato de video	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

60. Cuando apagan los aparatos eléctricos (ordenador, televisor, cadena de música, etc.) ¿Suelen utilizar la opción stand by ? (opción que deja el piloto rojo de encendido iluminado).

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6  
 NO PROCEDE \_\_\_\_\_  8

**VI.- PROBLEMAS DE RUIDO Y MALOS OLORES**

**61. A lo largo de 2007, ¿han sufrido en su entorno habitual problemas de ruidos?**

SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 64

**62. Dígame si cada uno de los hechos que le enumero a continuación es causa de que tengan problemas de ruido, y la frecuencia e intensidad de los mismos.** (En caso de darse distintas situaciones de frecuencia e intensidad, indique las más importantes).

	1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad
A. Tráfico terrestre	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
B. Tráfico aéreo	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
C. De los vecinos	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
D. De origen animal	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
E. De origen mecánico (incluido obras)	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
F. Actividades comerciales y de ocio	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
G. Reuniones informales urbanas (botellón)	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
H. Otra causa (especificar): .....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3

**63. ¿Han llevado a cabo alguna medida respecto al problema de ruidos?** (Señalar como máximo tres opciones)

Insonorización de la vivienda \_\_\_\_\_  1  
 Cambio de residencia \_\_\_\_\_  2  
 Quejarse al causante \_\_\_\_\_  3  
 Denuncia del hecho \_\_\_\_\_  4  
 Formar una asociación o asociarse con organismos para luchar contra el problema \_\_\_\_\_  5  
 Otra medida (especificar): .....  6  
 Ninguna \_\_\_\_\_  7

**64. A lo largo de 2007, ¿han sufrido en su entorno habitual problemas de malos olores?**

Sí \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 67

**65. Dígame si cada uno de los hechos que le enumero es causa de que sufra malos olores, y la frecuencia e intensidad de los mismos. (En caso de darse distintas situaciones de frecuencia e intensidad, indique las más importantes)**

	1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad
A. Humos, tabaco...	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
B. Tuberías, saneamiento, etc.	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
C. Explotaciones agrarias	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
D. Industrias (alimentarias, pesca, talleres, ...)	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
E. Comercios (supermercados, pescaderías,...)	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
F. Contenedores de residuos	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
G. Vertederos	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3
H. Otra causa (especificar): .....	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Diariamente <input type="checkbox"/> 3	Tolerable <input type="checkbox"/> 1 Bastante fuerte <input type="checkbox"/> 2 Muy fuerte <input type="checkbox"/> 3

**66. ¿Han llevado a cabo alguna medida respecto a los malos olores? (Señalar como máximo tres opciones)**

- Poner depuradores de aire en su vivienda \_\_\_\_\_  1
- Cambiarse de residencia \_\_\_\_\_  2
- Limpiar la zona \_\_\_\_\_  3
- Quejarse al causante \_\_\_\_\_  4
- Denunciar el hecho \_\_\_\_\_  5
- Formar una asociación o asociarse con organismos de lucha medioambiental \_\_\_\_\_  6
- Otra medida (especificar): .....  7
- Ninguna \_\_\_\_\_  8

## VII. TRANSPORTE Y MOVILIDAD

67. Dígame 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):

*Entrevistador: La suma del número de personas de esta pregunta debe coincidir con el total de miembros de la vivienda (las personas que tienen rellena, con SÍ o NO, la columna 9.9).*

- |                             |             |                      |                      |
|-----------------------------|-------------|----------------------|----------------------|
| 1. Transporte público _____ | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Coche _____              | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Moto/ciclomotor _____    | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Bicicleta _____          | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. A pie _____              | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. No se desplazan _____    | Nº Personas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

68. ¿Hay en su vivienda algún vehículo de motor que sea para uso personal?

SÍ \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 73 (página 27)

69. ¿Cuántos vehículos son?

Nº Vehículos \_\_\_\_\_

*Entrevistador, si el nº de vehículos es elevado, anote los modelos en la 1ª fila de la siguiente tabla, para evitar confusión.*

**70. Indique las principales características de los vehículos de su vivienda**

*(Entrevistador, si hay más de 6 vehículos, pregunte por los 6 más utilizados)*

	A. Vehículo 1	B. Vehículo 2	C. Vehículo 3	D. Vehículo 4	E. Vehículo 5	F. Vehículo 6
<b>IDENTIFIQUE EL VEHÍCULO</b>						
1. ¿Qué tipo de vehículo es:						
Coche pequeño _____	<input type="checkbox"/> 1					
Coche mediano _____	<input type="checkbox"/> 2					
Coche grande _____	<input type="checkbox"/> 3					
Monovolumen _____	<input type="checkbox"/> 4					
Todo terreno (4 x 4) _____	<input type="checkbox"/> 5					
Furgoneta _____	<input type="checkbox"/> 6					
Ciclomotor _____	<input type="checkbox"/> 7					
Moto hasta 125 cc _____	<input type="checkbox"/> 8					
Moto de más de 125 cc _____	<input type="checkbox"/> 9					
<b>Entrevistador, si tipo vehículo = 7, 8 ó 9, pase a la pregunta 3</b>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> 1					
2. ¿Dispone de aire acondicionado o climatizador?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> 6					
3. ¿Qué combustible utiliza?						
Gasolina 95 sin plomo _____	<input type="checkbox"/> 1					
Gasolina 98 sin plomo _____	<input type="checkbox"/> 2					
Gasoil automoción _____	<input type="checkbox"/> 3					
Gasoil automoción mejorado _____	<input type="checkbox"/> 4					
Biocarburantes (biodiesel, bioetanol...) _____	<input type="checkbox"/> 5					
Otros _____	<input type="checkbox"/> 6					
NO SABE/NO CONTESTA _____	<input type="checkbox"/> 9					
4. ¿Cuántos kilómetros han realizado en los últimos doce meses?	<input type="text"/> KM					
5. ¿Cuál es su antigüedad?	<input type="text"/> años					
6. ¿Dónde lo aparcen en su domicilio?						
Garaje u otro aparcamiento de uso restringido _____	<input type="checkbox"/> 1					
Vía pública _____	<input type="checkbox"/> 6					

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

SÍ \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 73

72. Dígame los factores principales que consideraron en el momento de comprarlo (señalar como máximo tres opciones):

Precio _____	<input type="checkbox"/>	1
Tipo (turismo, furgoneta, 4x4) _____	<input type="checkbox"/>	2
Dimensión _____	<input type="checkbox"/>	3
Número asientos _____	<input type="checkbox"/>	4
Diseño _____	<input type="checkbox"/>	5
Accesorios (aire acondicionado,...) _____	<input type="checkbox"/>	6
Marca _____	<input type="checkbox"/>	7
Fiabilidad _____	<input type="checkbox"/>	8
Seguridad _____	<input type="checkbox"/>	9
Consumo de combustible _____	<input type="checkbox"/>	10
Impacto medioambiental (emisiones de CO2) _____	<input type="checkbox"/>	11
Potencia _____	<input type="checkbox"/>	12
Otros (especificar): . . . . .	<input type="checkbox"/>	13

**VIII. 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 afeitarse, 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

**Entrevistador:** Antes de terminar la entrevista con el INFORMANTE y pasar a entrevistar a la PERSONA SELECCIONADA, compruebe que están contestadas todas las preguntas necesarias para dar por 'Cumplimentado' el cuestionario (si falta alguna, trate de conseguir su respuesta).

## IX.- APARTADO PARA LA PERSONA SELECCIONADA

**Entrevistador,** pida el teléfono de la persona seleccionada y anótelos en la portada (Teléfono 2).

### 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 ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Se ducha en lugar de bañarse .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

### IX.1.- TRANSPORTE

#### 76. ¿Cuál es el medio de transporte utilizado usualmente por usted?

Coche .....	<input type="checkbox"/> 1	→ pasar a pregunta 79
Moto/ciclomotor .....	<input type="checkbox"/> 2	
Taxi .....	<input type="checkbox"/> 3	
Autobús .....	<input type="checkbox"/> 4	
Metro/tranvía .....	<input type="checkbox"/> 5	
RENFE u otros trenes .....	<input type="checkbox"/> 6	
Otros medios colectivos (especificar) .....	<input type="checkbox"/> 7	
.....		
Bicicleta .....	<input type="checkbox"/> 8	→ pasar a pregunta 80
A pie .....	<input type="checkbox"/> 9	
Ninguno .....	<input type="checkbox"/> 10	→ pasar a pregunta 83 (página 30)

#### 77. ¿Dígame, de los que le enumero a continuación, cuáles son los motivos por los que utiliza el transporte público? (señalar como máximo tres opciones)

Comodidad/menos estrés .....	<input type="checkbox"/> 1
Tengo la parada cerca de casa .....	<input type="checkbox"/> 2
Es más seguro .....	<input type="checkbox"/> 3
Es más rápido .....	<input type="checkbox"/> 4
Es más barato .....	<input type="checkbox"/> 5
No tengo vehículo .....	<input type="checkbox"/> 6
No tengo permiso de conducir .....	<input type="checkbox"/> 7
Otro miembro necesita el vehículo .....	<input type="checkbox"/> 8
No tengo aparcamiento allí donde voy .....	<input type="checkbox"/> 9
Conciencia medioambiental .....	<input type="checkbox"/> 10
Otras razones(especificar) .....	<input type="checkbox"/> 11

**78. ¿Qué días a la semana utiliza principalmente el transporte público?**

Días laborables _____	<input type="checkbox"/> 1	→ pasar a pregunta 81
Fines de semana _____	<input type="checkbox"/> 2	
Todos los días _____	<input type="checkbox"/> 6	

**79. ¿Por qué no utiliza usualmente el transporte público? (señalar como máximo tres opciones)**

No hay servicio allí donde voy _____	<input type="checkbox"/> 1	→ pasar a pregunta 81
Tengo la parada lejos de casa _____	<input type="checkbox"/> 2	
Poca frecuencia _____	<input type="checkbox"/> 3	
La duración del viaje es muy larga _____	<input type="checkbox"/> 4	
Tengo que hacer muchos transbordos _____	<input type="checkbox"/> 5	
Los vehículos o enlaces no están adaptados _____	<input type="checkbox"/> 6	
He de llevar/recoger a los niños a la escuela _____	<input type="checkbox"/> 7	
Sale más caro _____	<input type="checkbox"/> 8	
Por comodidad _____	<input type="checkbox"/> 9	
Necesito el vehículo para trabajar o para otra actividad posterior _____	<input type="checkbox"/> 10	
Dispongo de aparcamiento allí donde voy _____	<input type="checkbox"/> 11	
Otras razones(especificar) . . . . .	<input type="checkbox"/> 12	

**80. ¿Por qué razón va caminando o en bicicleta? (señalar como máximo tres opciones)**

Ejercicio/salud _____	<input type="checkbox"/> 1
Proximidad _____	<input type="checkbox"/> 2
Coste _____	<input type="checkbox"/> 3
Hay carriles o caminos adecuados _____	<input type="checkbox"/> 4
No hay ningún otro transporte _____	<input type="checkbox"/> 5
Por entretenimiento _____	<input type="checkbox"/> 6
Porque no puedo aparcar el coche _____	<input type="checkbox"/> 7
Conciencia medioambiental _____	<input type="checkbox"/> 8
Otras razones(especificar) . . . . .	<input type="checkbox"/> 9

**Entrevistador:** Consulte la respuesta a la pregunta 76 y según sea:

- ▶ Si la respuesta ha sido 8 → pasar a pregunta 82
- ▶ Si ha sido 9 → pasar a la pregunta 83

**81. ¿Por qué no va caminando o en bici, normalmente?** (señalar como máximo tres opciones)

- Trabajo o estudio lejos  1  
 Problemas físicos  2  
 Demasiado tráfico  3  
 Tiempo del trayecto  4  
 Aceras estrechas  5  
 Falta de una red completa de carriles bici  6  
 Falta de instalaciones de aparcamiento de bicicletas  7  
 Necesito el vehículo para trabajar o para otra actividad posterior  8  
 Tengo que transportar equipo  9  
 Seguridad personal  10  
 Otras razones(especificar).....  11

**82. ¿Hace normalmente a pie las distancias inferiores a dos km?**

- SÍ  1  
 NO  6

**IX.2.- CONCIENCIA MEDIOAMBIENTAL**

**83. ¿Le preocupa la situación del medio ambiente?**

- Nada  1  
 Poco  2  
 Mucho  3  
 NO SABE/NO CONTESTA  9

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

- SÍ  1  
 NO  6  
 NO SABE/NO CONTESTA  9

**85. A lo largo de 2007, ¿ha detectado en su entorno algún problema medioambiental?**

- SÍ  1  
 NO  6

**86. A lo largo de 2007, ¿ha participado en alguna de las siguientes actividades?**

	SÍ	NO
1) Colaborar con alguna organización en defensa del medio ambiente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2) Participar en voluntariados ambientales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3) Firmar en contra de situaciones que ud. considere perjudiciales para el medio ambiente (desarrollos urbanísticos o proyectos concretos de cualquier tipo) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4) Manifestarse contra alguna situación perjudicial para el medio ambiente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5) Ha denunciado personalmente algún problema que haya identificado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

*Si la respuesta es Sí en alguna actividad → pasar a pregunta 88*

**87. ¿Por qué no ha participado en ninguna de estas actividades? (señalar como máximo tres opciones)**

Por falta de tiempo _____	<input type="checkbox"/> 1
Por falta de dinero _____	<input type="checkbox"/> 2
Por desconocimiento _____	<input type="checkbox"/> 3
Por desinterés/por indiferencia _____	<input type="checkbox"/> 4
Por salud, edad _____	<input type="checkbox"/> 5
Porque no ha habido motivo _____	<input type="checkbox"/> 6
Por desconfianza en algunas organizaciones _____	<input type="checkbox"/> 7
Otras razones(especificar) . . . . .	<input type="checkbox"/> 8

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

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

**IX.3. MÓDULO DE VARIABLES SOCIALES BÁSICAS**

**89. ¿Cuál es su país de nacimiento?**

PAÍS .....

*Entrevistador, a continuación marque la opción adecuada, teniendo en cuenta que los actuales países miembros de la Unión Europea son: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia*

- España \_\_\_\_\_  1  
 Otro país de la Unión Europea \_\_\_\_\_  2  
 Un país fuera de la Unión Europea \_\_\_\_\_  3

**90. ¿Cuál es su nacionalidad?**

- Española \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 92  
 Extranjera \_\_\_\_\_  2  
 Española y otra \_\_\_\_\_  3  
 Ninguna \_\_\_\_\_  4 → pasar a pregunta 92

**91. ¿De qué país es la nacionalidad?**

PAÍS .....

- De un país de la Unión Europea \_\_\_\_\_  1  
 De un país fuera de la Unión Europea \_\_\_\_\_  6

**92. ¿Cuál es su estado civil legal?**

- Soltero \_\_\_\_\_  1  
 Casado \_\_\_\_\_  2  
 Viudo \_\_\_\_\_  3  
 Separado legalmente o divorciado \_\_\_\_\_  4

**93. ¿Convive actualmente en pareja?**

- SÍ \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

**94. ¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad?** (Si se encuentra en varias situaciones, indique sólo la que considere principal)

Realiza un trabajo (incluya aquí los trabajos no remunerados en negocios familiares y los de aprendices o becarios):

- |   |                          |   |                        |
|---|--------------------------|---|------------------------|
| A tiempo completo _____                                     | <input type="checkbox"/> | 1 |                        |
| A tiempo parcial _____                                      | <input type="checkbox"/> | 2 |                        |
| Desempleado _____   | <input type="checkbox"/> | 3 | pasar a<br>pregunta 98 |
| Alumno, estudiante, experiencia laboral no remunerada _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |                        |
| Jubilado, pre-jubilado o retirado del negocio _____         | <input type="checkbox"/> | 5 |                        |
| Incapacitado permanente _____                               | <input type="checkbox"/> | 6 |                        |
| Dedicado a las labores del hogar _____                      | <input type="checkbox"/> | 7 |                        |
| Inactivo por otros motivos _____                            | <input type="checkbox"/> | 8 |                        |

**95. ¿Qué tipo de empleo principal tiene?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Trabaja por cuenta propia _____                       | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Empleado por cuenta ajena (asalariado):               |                          |   |
| Con contrato indefinido _____                         | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Con contrato temporal o de duración determinada _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |

**96.- ¿Cuál es la actividad principal de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?**

Especifique lo más posible la **naturaleza concreta** de la actividad (fabricación artesanal, comercio al por menor, extracción, transporte de mercancías ...), **el producto que fabrica, extrae, cultiva** ... (edición de libros, confección de pantalones, extracción de hulla..) y **el servicio que presta** (comercio de ultramarinos, seguros de automóviles, proceso informático de datos...). En los trabajadores cedidos por una Empresa de Trabajo Temporal se especificará la actividad del establecimiento para el que han sido puestos a disposición.

*Entrevistador, anote a continuación el literal y luego codifíquelo según la TABLA CNAE-2009 :*

.....  
 .....

**TABLA CNAE- 2009**

A. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca _____	<input type="checkbox"/>	01
B. Industrias extractivas _____	<input type="checkbox"/>	02
C. Industria manufacturera _____	<input type="checkbox"/>	03
D. Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado _____	<input type="checkbox"/>	04
E. Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación _____	<input type="checkbox"/>	05
F. Construcción _____	<input type="checkbox"/>	06
G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas _____	<input type="checkbox"/>	07
H. Transporte y almacenamiento _____	<input type="checkbox"/>	08
I. Hostelería _____	<input type="checkbox"/>	09
J. Información y comunicaciones _____	<input type="checkbox"/>	10
K. Actividades financieras y de seguros _____	<input type="checkbox"/>	11
L. Actividades inmobiliarias _____	<input type="checkbox"/>	12
M. Actividades profesionales, científicas y técnicas _____	<input type="checkbox"/>	13
N. Actividades administrativas y servicios auxiliares _____	<input type="checkbox"/>	14
O. Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria _____	<input type="checkbox"/>	15
P. Educación _____	<input type="checkbox"/>	16
Q. Actividades sanitarias y de servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	17
R. Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento _____	<input type="checkbox"/>	18
S. Otros servicios _____	<input type="checkbox"/>	19
T. Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio _____	<input type="checkbox"/>	20
U. Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales _____	<input type="checkbox"/>	21

**97.- ¿Cuál es la ocupación que desempeña?**

Precise lo más posible. Por ejemplo: dependiente de comercio, mecánico de automóviles, tornero, peón de la construcción, operador de grúa ...

*Entrevistador, anote a continuación el literal y luego codifíquelo según la TABLA CNO-94*

.....  
 .....

**TABLA CNO-94**

Dirección de las empresas y de las administraciones públicas _____	<input type="checkbox"/>	01
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales _____	<input type="checkbox"/>	02
Técnicos y profesionales de apoyo _____	<input type="checkbox"/>	03
Empleados de tipo administrativo _____	<input type="checkbox"/>	04
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios _____	<input type="checkbox"/>	05
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca _____	<input type="checkbox"/>	06
Artisanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria _____	<input type="checkbox"/>	07
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores _____	<input type="checkbox"/>	08
Trabajadores no cualificados _____	<input type="checkbox"/>	09
Fuerzas armadas _____	<input type="checkbox"/>	10

**98. ¿Cuáles son sus estudios terminados de más alto nivel?**

*Entrevistador, anote el literal a continuación y señale la opción que corresponda. El informante debe especificar suficientemente para que se pueda codificar correctamente (ej.: ha asistido menos de cinco años a la escuela, tres cursos completos de Ciencias Económicas y Empresariales, doctorado en Ciencias Sociales, etc)*

.....  
 .....

No sabe leer ni escribir _____	<input type="checkbox"/>	1
Estudios primarios incompletos _____	<input type="checkbox"/>	2
Estudios primarios o equivalentes _____	<input type="checkbox"/>	3
Enseñanza secundaria de 1ª etapa _____	<input type="checkbox"/>	4
Estudios de bachillerato _____	<input type="checkbox"/>	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes _____	<input type="checkbox"/>	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes _____	<input type="checkbox"/>	7
Estudios universitarios de primer ciclo o equivalentes _____	<input type="checkbox"/>	8
Estudios universitarios de segundo o tercer ciclo o equivalentes _____	<input type="checkbox"/>	9

