

ENCUESTA DE MEDIO AMBIENTE - FAMILIAS

2008

A IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL HOGAR

1. Identificación

1. Provincia
2. Municipio
3. Distrito y sección
4. Vivienda
5. Número de cuestionario

J DATOS DE CONTACTO PARA EL ENCUESTADOR

Entrevistador, copie los teléfonos de la P13 y anote la fecha de la entrevista

- I. Teléfono de la vivienda
- II. Teléfono de la persona seleccionada
- III. Fecha de la entrevista
Día Mes Año



EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO 4/1986 ESTADISTIKA-LEGEA:

- 9tik 16ra bitarteko artikulua: pertsona edo entitateek eskatzen zaien informazio estatistikoa emateko obligazioa dute, beren izaera fisiko edo juridikoa, publiko edo pribatua aparte utzita.
- 19tik 23ra bitarteko artikulua: emandako informazio oro sekretu estatistikopean geratuko da eta inola ere ez zaio emango banaka inolako pertsona edo entitate pribatu nahiz publikori.

LEY 4/1986 DE ESTADISTICA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: Las personas o entidades tienen obligación de suministrar la información estadística que les sea requerida con independencia de su naturaleza física o jurídica, pública o privada.
- Artículos 19 al 23: Toda información estará sometida al secreto estadístico y bajo ningún concepto podrá ser facilitada con carácter individual a ninguna persona o entidad, ya sea pública o privada.

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

Entrevistador, anote nombre y apellidos. Si hay más de una persona de referencia de la vivienda, pregunte el nombre de la persona que aporte más ingresos al presupuesto común.

Persona de referencia de la vivienda: es aquella 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. Esta persona debe tener 16 o más años y residir en la vivienda.

♦ Si varias personas comparten la responsabilidad de la vivienda, se anotará la que aporte más ingresos al presupuesto común

D./D.^a

Entrevistador, 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 la vivienda.

3. ¿Qué nacionalidad tiene la persona de referencia de la vivienda?

- Española 1 → 5
- Extranjera 2
- Española y otra 3
- Ninguna 4 → 5

4. ¿De qué nacionalidad es la persona de referencia?

1. 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.

- 2.
- De un país de la Unión Europea 1
- De un país fuera de la Unión Europea 6

5. ¿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, parado 3
- Alumno, estudiante, experiencia laboral no remunerada (prácticas) 4
- Jubilado, pre-jubilado o retirado del negocio 5
- Incapacitado permanente 6
- Dedicado a las labores del hogar 7
- Inactivo por otros motivos 8

6. ¿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 Políticas, etc).

1.
- 2.
- 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 equivalentes 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

7. TABLA DE MIEMBROS DE LA VIVIENDA

<p>1. NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I./N.I.E.</p> <p><i>Entrevistador:</i> ^{1º} Anote los nombres y apellidos de todas las personas presentes en la vivienda por orden de edad, empezando por las personas mayores. Consigne TIPO=Presente en la columna 2ª. ^{2º} Anote nombre y apellidos de las personas ausentes en la actualidad y que consideren ésta su residencia habitual. Consigne TIPO=Ausente en la columna 2ª. ^{3º} Si hay alguna otra persona que no tenga ninguna residencia habitual y que viva actualmente en ésta vivienda, anote nombre y apellidos y consigne TIPO=Sin Residencia Habitual en la columna 2ª. ^{4º} Anote el número del D.N.I. o N.I.E. para extranjeros.</p>	<p>2. TIPO</p> <p>Presente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 4 Ausente <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>3. ¿Tiene otra vivienda que considere su residencia habitual?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>4. ¿Cuál de las siguientes es la causa de su ausencia?</p> <p>Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 1 Otros motivos como: trabajo, estudios, viajes, etc. <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>5. ¿La duración total de la ausencia va a ser menor de 6 meses?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>6. SEXO</p> <p>Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>7. Edad y fecha de nacimiento</p> <p>____ Día Mes Año Edad ____</p>	<p>8. ¿Tiene 16 o más años?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>9. Encuestable nº</p> <p>____</p> <p><i>Entrevistador:</i> anote un número correlativo, si es encuestable.</p>	<p>10. ¿Es miembro del hogar de la persona de referencia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p>
_____ Nombre _____ Apellido 1º _____ Apellido 2º _____ D.N.I.: _____	Presente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 4 Ausente <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 1 Otros motivos como: trabajo, estudios, viajes, etc. <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	____ Día Mes Año Edad ____	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	____	<input type="checkbox"/> 1
_____ Nombre _____ Apellido 1º _____ Apellido 2º _____ D.N.I.: _____	Presente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 4 Ausente <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 1 Otros motivos como: trabajo, estudios, viajes, etc. <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	____ Día Mes Año Edad ____	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	____	<input type="checkbox"/> 1
_____ Nombre _____ Apellido 1º _____ Apellido 2º _____ D.N.I.: _____	Presente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 4 Ausente <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 1 Otros motivos como: trabajo, estudios, viajes, etc. <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	____ Día Mes Año Edad ____	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	____	<input type="checkbox"/> 1
_____ Nombre _____ Apellido 1º _____ Apellido 2º _____ D.N.I.: _____	Presente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> 4 Ausente <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Está internado/a en un hospital, clínica o institución como un asilo, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 1 Otros motivos como: trabajo, estudios, viajes, etc. <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	____ Día Mes Año Edad ____	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 6	____	<input type="checkbox"/> 1

1

2

3

4

5

8. TIPO DE HOGAR

- 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

9. PERSONA DE REFERENCIA DE LA VIVIENDA E INFORMANTE

Entrevistador, consulte la pregunta 2 y anote en 1 el nombre y apellidos de la persona de referencia (si hay dos, sólo el de la primera persona de referencia). Localice a esta persona en la **Tabla de Miembros de la Vivienda** y anote en 1 el n° correspondiente de la columna 9. ENCUESTABLE N°.

Análogamente, anote en 2 el nombre y apellidos de la persona informante. Localice a esta persona en la **Tabla de Miembros de la Vivienda** y anote en 2 el n° correspondiente de la columna 9. ENCUESTABLE N°.

1. Persona de referencia: ENCUESTABLE N°
2. Informante: 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'.

10. IDENTIFICADOR DE LA VIVIENDA

Entrevistador, copie aquí el identificador de la **Vivienda** que figura en la portada del cuestionario (P 1.4) y haga una marca en la fila correspondiente a ese número de la siguiente **Tabla de Selección**.

Vivienda

11. TOTAL DE PERSONAS ENCUESTABLES

Entrevistador, copie aquí el último valor anotado en la columna 9. ENCUESTABLE N° de la **Tabla de Miembros de la Vivienda** y haga una marca en la columna correspondiente a este número en la **Tabla de Selección**.

Total

TABLA DE SELECCIÓN

Vivienda	Total personas encuestables														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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. PERSONA SELECCIONADA

Entrevistador, busque en la **Tabla de Selección** el número correspondiente a la fila y columna marcadas y rodéelo con un círculo. Localice a continuación a la persona que tenga este número en la columna 9. 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 número.

Nombre y apellidos ENCUESTABLE N°

13. DATOS DE CONTACTO

Entrevistador, solicite al informante un teléfono de contacto con la vivienda (Teléfono1) y a ser posible otro teléfono directo de la persona seleccionada (Teléfono2).

1. Teléfono de la vivienda

2. Teléfono de la persona 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

B AGUA

B.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 → 16
- No sabe / No contesta 9

15B. Consumo de agua el último mes (m³)

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

- Sí 1
- No 6 → 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

B.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, 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 |

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 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 |

C ENERGÍA

C.1. FUENTES DE ENERGÍA / TIPO DE COMBUSTIBLE

20. ¿Utilizan electricidad en su vivienda?

- Sí 1
No 6 → (22)

20B. Consumo de electricidad en el último mes (Kw)

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 → (24)

23. ¿Utilizan paneles solares...

- | | Sí | No | NS/NC |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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...)/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 |

Entrevistador, si en la 24.1 han contestado NO, pasar a la pregunta 25.

24B. Consumo de gas en el último mes (Kw)

C.2. CALEFACCIÓN

25. ¿Dispone su vivienda de calefacción?

- Sí 1
No 6 → (37)

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

- | | Sí | No |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Calefacción eléctrica | | |
| 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 |
| Calefacción por gas | | |
| 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 |
| Bombas de calor | | |
| 7. Canalizado (por conductos) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. No canalizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Otros sistemas de calefacción | | |
| 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 12 meses o han decidido cambiarlo en los próximos 12 meses?

- Sí 1
No 6 → (29)

28. ¿Cuáles son las razones por las que han elegido el nuevo sistema de calefacción?

- | | 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 1 mes 1
De 1 a menos de 3 meses 2
De 3 a menos de 6 meses 3
6 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 } → (34)
No 6

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 1 día de su vivienda, ¿apagan la calefacción?

- Sí 1 → (37)
No 6
No procede, no suelen ausentarse más de 1 día 8 → (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

C.3. AIRE ACONDICIONADO

37. ¿Dispone su vivienda de aire acondicionado?

- Sí 1
 No 6 → (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 3

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 → (43)
 No 6

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

Grados centígrados

C.4. AISLAMIENTO TÉRMICO

43. Dígame si las ventanas de su vivienda...

1. Disponen de...		2. ¿Cuántas de ellas?
A. Toldo	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Todas <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Alguna/s <input type="checkbox"/> 6
B. Persiana o contraventana	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Todas <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Alguna/s <input type="checkbox"/> 6
C. Cristales tintados o protectores solares	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Todas <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Alguna/s <input type="checkbox"/> 6
D. Doble cristal	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Todas <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Alguna/s <input type="checkbox"/> 6
E. Rotura de puente térmico	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Todas <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Alguna/s <input type="checkbox"/> 6

C.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

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

- Son más caras 1 }
 Dan menos luz 2 } → (48)
 Por otra razón (especificar) 3 }

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

D RESIDUOS

D.1. PAPEL Y CARTÓN, PLÁSTICOS, METALES, VIDRIO Y 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...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

49. Clasificación de residuos

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 las principales razones por las 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 } 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
	No <input type="checkbox"/> 6 → (3)		
B. Papel y cartón	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	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
	No <input type="checkbox"/> 6 → (3)		
C. Vidrio	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	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
	No <input type="checkbox"/> 6 → (3)		
D. Envases de plástico, metálicos (latas...)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	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
	No <input type="checkbox"/> 6 → (3)		

D.2. OTROS RESIDUOS

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 → (52)

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

Entrevistador, tanto en esta pregunta como en la siguiente, si lo deposita en alguno de los lugares indicados marque dicha casilla. En caso de que no hayan reciclado estos productos o no dispongan de ellos marque NO PROCEDE.

	Basura normal	Punto limpio	Empresa o tienda que los vende o talleres	Vertido por el fregadero o desagüe	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?

	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"/> 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

E 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

	A. Frigorífico	B. Lavadora	C. Secadora independiente	D. Lavavajillas	E. Horno
1. ¿Dispone su vivienda de...	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 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++?	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
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 media carga/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. ¿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 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

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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
K. Ventilador (portátil o de techo)	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
L. Limpiador a vapor	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
O. Manta eléctrica	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6	<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 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Reproductor y/o grabador DVD	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Decodificador TDT (incluidos los integrados en el televisor)	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<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 ↓	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
G. Aparato de vídeo	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6	<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

F 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 → (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

	1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad
A. Tráfico terrestre	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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	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? (máximo 3 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 → (67)

65. Dígame si cada uno de los hechos que le enumero a continuación es causa de que sufra malos olores y la frecuencia e intensidad de los mismos

	1. Es causa	2. Frecuencia	3. Intensidad
A. Humos, tabaco...	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	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...	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 6 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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 ↓	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	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? (máximo 3 opciones)

- Poner depuradores de aire en su vivienda 1
- Cambio de residencia 2
- Limpiar la zona 3
- Quejarse al causante 4
- Denuncia del hecho 5
- Formar una asociación o asociarse con organismos de lucha medioambiental 6
- Otra medida (especificar) 7
- Ninguna 8

G 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 sólo 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 (P11).

- 1. Transporte público Número de personas
- 2. Coche Número de personas
- 3. Moto/ciclomotor Número de personas
- 4. Bicicleta Número de personas
- 5. A pie Número de personas
- 6. No se desplazan Número de personas

68. ¿Hay en su vivienda algún vehículo que sea para uso personal? (sólo coche, moto, furgoneta y ciclomotores)

- Sí 1
- No 6 → (73)

69. ¿Cuántos vehículos son?

Número

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

VEHÍCULO NÚMERO	A.1	B.2	C.3	D.4	E.5	F.6
MARCA Y MODELO						
1. ¿Qué tipo de vehículo es? - Coche pequeño - Coche mediano - Coche grande - Monovolumen - Todo terreno (4 x 4) - Furgoneta - Ciclomotor - Moto hasta 125 cc - Moto de más de 125 cc	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (70.3) <input type="checkbox"/> 9
2. ¿Dispone de aire acondicionado o climatizador?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
3. ¿Qué combustible utiliza? - Gasolina 95 sin plomo - Gasolina 98 sin plomo - Gasoil automoción - Gasoil automoción mejorado - Biocarburantes (biodiesel, bioetanol...) - Otros - No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
4. ¿Cuántos kilómetros han realizado en los últimos doce meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. ¿Cuál es su antigüedad en años?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. ¿Dónde lo aparkan en su domicilio? - Garaje u otro aparcamiento de uso restringido - Vía pública	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

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

- Sí 1
- No 6 → (73)

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

- Precio 1
- Tipo (turismo, furgoneta, 4 x 4) 2
- Dimensión 3
- Número de asientos 4
- Diseño 5
- Accesorios (aire acondicionado,...) 6
- Marca 7
- Fiabilidad 8
- Seguridad 9
- Consumo combustible 10
- Impacto medioambiental (emisiones CO₂) 11
- Potencia 12
- Otros (especificar) 13

H 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

I APARTADO PARA LA PERSONA SELECCIONADA

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

- 1. Cierra el grifo mientras se lava los dientes o se enjabona Sí No
- 2. Se ducha en lugar de bañarse Sí No

I.1. TRANSPORTE

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

- | | | | |
|---|----------------------------|---|--------|
| Coche | <input type="checkbox"/> 1 | } | → (79) |
| Moto/ciclomotor | <input type="checkbox"/> 2 | | |
| Taxi | <input type="checkbox"/> 3 | | |
| Autobús | <input type="checkbox"/> 4 | | |
| Metro/tranvía | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| RENFE, Euskotren u otros trenes | <input type="checkbox"/> 6 | | |
| Otros medios colectivos (especificar) | <input type="checkbox"/> 7 | | |
| Bicicleta | <input type="checkbox"/> 8 | } | → (80) |
| A pie | <input type="checkbox"/> 9 | | |

77. Dígame, ¿cuáles son los motivos por los que utiliza el transporte público? (máximo 3 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 de la semana utiliza principalmente el transporte público?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|--------|
| Días laborables | <input type="checkbox"/> 1 | } | → (81) |
| Fines de semana | <input type="checkbox"/> 2 | | |
| Todos los días | <input type="checkbox"/> 3 | | |

79. ¿Por qué no utiliza el transporte público? (máximo 3 opciones)

- | | | | |
|--|-----------------------------|---|--------|
| No hay servicio allí donde voy | <input type="checkbox"/> 1 | } | → (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 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? (máximo 3 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 |

81. ¿Por qué no va caminando o en bici, normalmente? (máximo 3 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

Entrevistador, consulte la respuesta a la pregunta 76 y según sea:

Si la respuesta ha sido 9 → pasar a pregunta 83

Si ha sido 8 → pasar a pregunta 82

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

- Sí 1
- No 6

I.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 Vd. 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 Vd. 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. Han denunciado personalmente algún problema que hayan identificado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

Entrevistador, si la respuesta es SÍ en alguna actividad pasar a pregunta 88

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

- Por falta de tiempo 1
- Por falta de dinero 2
- Por desconocimiento 3
- Por desinterés/por indiferencia 4
- Por salud, edad 5
- Porque no ha habido motivo 6
- Por desconfianza en algunas organizaciones 7
- Otra razón (especificar) 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 un 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 |

I.3. MÓDULO DE VARIABLES SOCIALES BÁSICAS

89. ¿Cuál es su país de nacimiento?

- | | |
|---|----------------------------|
| España | <input type="checkbox"/> 1 |
| Otro país de la Unión Europea | <input type="checkbox"/> 2 |
| Un país fuera de la Unión Europea | <input type="checkbox"/> 3 |

90. ¿Cuál es su nacionalidad?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Española | <input type="checkbox"/> 1 → (92) |
| Extranjera | <input type="checkbox"/> 2 |
| Española y otra | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ninguna | <input type="checkbox"/> 4 |

91. ¿Cuál es su nacionalidad?

1. 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.

- 2.
- | | |
|--|----------------------------|
| De un país de la Unión Europea | <input type="checkbox"/> 1 |
| De un país fuera de la Unión Europea | <input type="checkbox"/> 6 |

92. ¿Cuál es su estado civil legal?

- | | |
|--|----------------------------|
| Soltero | <input type="checkbox"/> 1 |
| Casado | <input type="checkbox"/> 2 |
| Viudo | <input type="checkbox"/> 3 |
| Separado legalmente o divorciado | <input type="checkbox"/> 4 |

93. ¿Convive actualmente en pareja?

- | | |
|----------|----------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 |
| No | <input type="checkbox"/> 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, parado | <input type="checkbox"/> 3 |
| Alumno, estudiante, experiencia laboral no remunerada (prácticas) | <input type="checkbox"/> 4 |
| Jubilado, pre-jubilado o retirado del negocio | <input type="checkbox"/> 5 → (98) |
| 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 1
- Empleado por cuenta ajena (asalariado):
 - Con contrato indefinido 2
 - Con contrato temporal o de duración determinada 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 a un dígito según la TABLA CNAE-2009:

1.

2. TABLA CNAE - 2009

Agricultura, ganadería, selvicultura y pesca <input type="checkbox"/> A	Transporte y almacenamiento. <input type="checkbox"/> H	Actividades sanitarias y de servicios sociales. <input type="checkbox"/> Q
Industrias extractivas <input type="checkbox"/> B	Hostelería <input type="checkbox"/> I	Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento <input type="checkbox"/> R
Industria manufacturera <input type="checkbox"/> C	Información y comunicaciones <input type="checkbox"/> J	Otros servicios <input type="checkbox"/> S
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado <input type="checkbox"/> D	Actividades financieras y de seguros <input type="checkbox"/> K	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"/> T
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación <input type="checkbox"/> E	Actividades inmobiliarias. <input type="checkbox"/> L	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales. <input type="checkbox"/> U
Construcción <input type="checkbox"/> F	Actividades profesionales, científicas y técnicas <input type="checkbox"/> M	
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas <input type="checkbox"/> G	Actividades administrativas y servicios auxiliares. . <input type="checkbox"/> N	
	Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria <input type="checkbox"/> O	
	Educación <input type="checkbox"/> P	

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 a un dígito según la TABLA CNO - 94

1.

2. TABLA CNO - 94

Dirección de las empresas y de las administraciones públicas <input type="checkbox"/> 1	Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca <input type="checkbox"/> 6
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales <input type="checkbox"/> 2	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria ... <input type="checkbox"/> 7
Técnicos y profesionales de apoyo <input type="checkbox"/> 3	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores <input type="checkbox"/> 8
Empleados de tipo administrativo <input type="checkbox"/> 4	Trabajadores no cualificados <input type="checkbox"/> 9
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios <input type="checkbox"/> 5	Fuerzas armadas <input type="checkbox"/> 0

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

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 Políticas, etc).

1.

- 2.
- 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 equivalentes 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, antes de terminar la entrevista, compruebe que están cumplimentadas las siguientes preguntas:

Módulo A completo, excepto la P 7.1D y P 14	Módulo F completo
Módulo B, P 15, 18 y 19	Módulo G, P 67 y 70
Módulo C, P 20, 22, 24, 25, 26, 37, 43, 44 y 45	Módulo H completo
Módulo D completo	Módulo I, P 75, 76, 77, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 88, 90, 91, 94 y 98.
Módulo E, P 53, 54, 57, 58, 59 y 60	