

CUESTIONARIO EXPOSICION AMBIENTAL

CASA

1. Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario?

- 1 Sí
- 2 No

1a. ¿Cuándo se ha cambiado?..... (Pasar cuestionario 2 de vivienda)

2. Edad de su casa en años:

- 1 <5
- 2 de 5 a 14
- 3 de 15 a 29
- 4 >29
- 9 Ns/Nc

3. ¿Cómo describiría su vivienda?

- 1 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
- 2 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- 3 Un piso (finca)
- 4 Otros (por favor, especifique).....

4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 No procede

5. ¿En que piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja)

6. Nº de personas que viven en su casa

7. ¿Viven en su casa niños menores de 12 años?

- 1 Sí
- 2 No

7a. ¿Especificar número y su(s) edad(es): años.

1 2 3 4

8. ¿Viven en su casa personas que necesiten cuidados o atención especial?

- 1 Sí
- 2 No

8a. ¿Especificar número y edades años.

1 2 3 4

9. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas?

- 1 Sí
- 2 No

9a. ¿Con qué frecuencia acude esta persona? horas/semana

10. ¿Realiza usted habitualmente las tareas domésticas?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 11

10a. ¿Le ayuda alguien de la casa en las tareas domésticas?

- 1 Sí, mucho
- 2 Sí, bastante
- 3 Sí, un poco
- 4 No

1

1a

2

3

4

5

6

7

7a

7a1

7a2

7a3

7a4

8

8a

8a1

8a2

8a3

8a4

9

9a

10

10a

11. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s)):

12. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín): 9 Ns/Nc

13. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:

a. Salon-comedor	1 exterior	2 interior	3 sin ventana
b. Dormitorio	1 exterior	2 interior	3 sin ventana
c. Cocina	1 exterior	2 interior	3 sin ventana
d. Otras: (especificar)	1 exterior	2 interior	3 sin ventana

14. ¿Con qué frecuencia pasan coches por la calle donde se encuentra su casa?

- 1 Continuamente
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Poco
- 4 Practicamente nunca

15. ¿Con qué frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)?

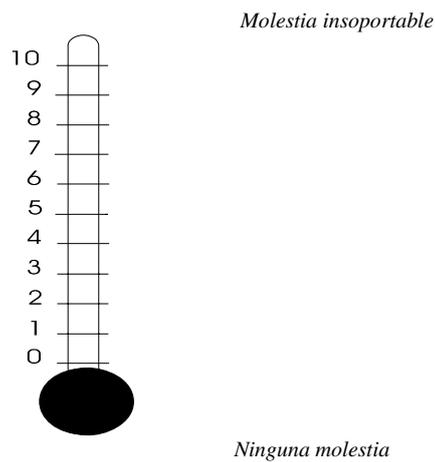
- 1 Continuamente
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Poco
- 4 Practicamente nunca

16. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente: metros

17. Si en la anterior ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, ¿Su piso/casa tiene al menos una ventana que de a una calle en la que el tráfico pasa continuamente?

- 1 Sí
- 2 No

18. ¿Hasta que punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)?



11

12

13a

13b

13c

13d

14

15

16

17

18

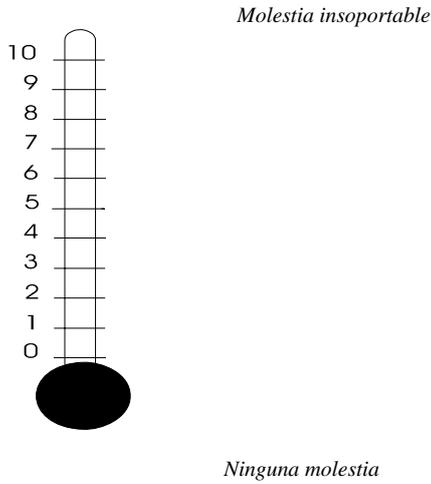
19. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada

19.

20 ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?

20.



21. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que son habituales en su casa (puede señalar más de una) y su grado de molestia:

	¿Son habituales?		Grado de molestia				
	Sí	No		Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	2	21a1	1	2	3	4
b. Gente en la calle	1	2	21b1	1	2	3	4
c. Tráfico en la calle	1	2	21c1	1	2	3	4
d. Vecinos	1	2	21d1	1	2	3	4
e. Bares, pubs, discotecas	1	2	21e1	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	21f1	1	2	3	4
g. Obras (públicas y/o privadas)	1	2	21g1	1	2	3	4
h. Otras (especificar)	1	2	21h1	1	2	3	4
i. Ninguna	1	2	21i1	1	2	3	4

- 21a 21a1
- 21b 21b1
- 21c 21c1
- 21d 21d1
- 21e 21e1
- 21f 21f1
- 21g 21g1
- 21h 21h1
- 21i 21i1

22. ¿Ha realizado obras en su domicilio en los últimos seis meses?

- 1 Sí
- 2 No

22.

➔ **31. Tipo de cocina:**

- 1 Gas natural
- 2 Gas butano
- 3 Gas propano
- 4 Eléctrica
- 5 Carbón, madera
- 6 Otro:.....

31



CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO

32. ¿Tiene calefacción central?

- 1 Sí
- 2 No

32

33. ¿Tiene aire acondicionado?

- 1 Sí
- 2 No

33

34. Tipo de calefacción:

	1. Salón-comedor		2. Dormitorio		3. Otras salas (Indíquelas):.....	
	Si	No	Si	No	Si	No
a. Gas natural	1	2	1	2	1	2
b. Gas butano	1	2	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2
h. Otros.....	1	2	1	2	1	2

1 2 3
 34a
 34b
 34c
 34d
 34e
 34f
 34g
 34h

LIMPIEZA

35. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa por lo menos una vez por semana?

	Sí	No	Ns/Nc
a. Lejía	1	2	9
b. Amoniaco	1	2	9
c. Sulfumán	1	2	9
d. Disolventes quitamanchas	1	2	9
e. Limpiamuebles	1	2	9
f. Limpiacristales	1	2	9
g. Spray para alfombras, mantas o cortinas	1	2	9
h. Spray para la mopa del suelo	1	2	9
i. Spray para el horno	1	2	9
j. Ambientadores	1	2	9
k. Spray para planchar	1	2	9
l. Productos de limpieza perfumados	1	2	9
m. Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	9
n. Naftalina u otros antipolillas	1	2	9
o. <u>Sprays desengrasantes</u>	1	2	9
p. <u>Otros productos de limpieza</u> ¿Cuál/es?.....	1	2	9

35a
 35b
 35c
 35d
 35e
 35f
 35g
 35h
 35i
 35j
 35k
 35l
 35m
 35n
 35o
 35p

Con formato: Numeración y viñetas
 Eliminado: 35o
 Eliminado: a

35q. ¿Utiliza algún producto de limpieza con acción antibacteriana?

- 1. Sí (especificar)
- 2. No

Nombre	Motivo	Frecuencia

36

36. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? (limpieza que incluye suelo, polvo...)

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

37. ¿Tiene aspirador/vaporeta?

- 1 Sí
- 2 No

37

37a. ¿Con qué frecuencia se pasa el aspirador en su casa?

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

37a

38. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?

	Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas	
a. Verano	1	2	3	4	38a <input type="checkbox"/>
b. Invierno	1	2	3	4	38b <input type="checkbox"/>
c. Primavera-Otoño	1	2	3	4	38c <input type="checkbox"/>

39. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en su casa?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 40

39

39a. ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

	Frecuencia	1. Dormitorio madre	2. Resto de la casa
a. Sprays insecticidas	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
c. Loción repelente	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4
d. Otros	1 Todo el año	1	1
	2 De manera estacional	2	2
	3 Esporádicamente	3	3
	4 Nunca	4	4

39aa1 39aa2

39ab1 39ab2

39ac1 39ac2

39ad1 39ad2

39b

39b. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

- 1. Sí
- 2. No

39b1

39b1.....

39 bis1. ¿ Utiliza velas o ha estado en un lugar en el que hubiera alguna encendida?

- 1 Sí
- 2 No
 - 1.1 Frecuencia \geq 1 vez por semana
 - 1.2 Esporádicamente

39 bis2. ¿ Utiliza incienso o ha estado en un lugar en el que hubiera encendido?

- 1 Sí
- 2 No
 - 2.1 Frecuencia \geq 1 vez por semana
 - 2.2 Esporádicamente

EXTERIOR

40. Su casa, ¿tiene jardín o corral con plantas?

- 1 Sí
- 2 No

40 a. ¿Qué superficie tiene? [][][][][] m²

40 b. ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?

- 1 Sí
- 2 No

40b.1 ¿Con qué frecuencia?

- 1 Todos los meses
- 2 Cada 2-3 meses
- 3 3 veces al año
- 4 Ocasionalmente

40b.2 Fumiga usted misma:

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

40b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: [][][] min

40b.4 ¿Guarda productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) en la casa?

- 1 Sí
- 2 No

40b.4a ¿Dónde los guarda?

- 1 garaje/trastero
- 2 exterior
- 3 otro:.....

40b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

.....
.....
.....
.....

41. ¿Está su residencia cerca de un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 42

41a. ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
- 2 Medio (100-200m)
- 3 Cerca (50-100m)
- 4 Muy cerca (<50m)

42. ¿Está su residencia próxima a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

- 1 Sí
- 2 No

42a. ¿A qué distancia?

- 1 Lejos (>200metros)
- 2 Medio (100-200m)
- 3 Cerca (50-100m)
- 4 Muy cerca (<50m)

43. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?

- 1 Sí
- 2 No

43a.1 ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....

43a.2 ¿A qué distancia? [][][] metros

43b. ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...)

- 1. Sí
- 2. No

43b.1 Indicar tipo de actividad:.....

43b.2 ¿A qué distancia? [][][] metros

40 [] []

40a [] [] [] [] [] []

40b [] []

40b.1 [] []

40b.2 [] []

40b.3 [] [] [] []

40b.4 [] []

40b.4a [] []

40b.4b [] []

41 [] []

41a [] []

42 [] []

42a [] []

43 [] []

43a.1 [] [] [] []

43a.2 [] [] [] []

43b [] []

43b.1 [] [] [] []

43b.2 [] [] [] []

TABACO

44. ¿Ha fumado a lo largo de su vida?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA 46

44b. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?

- 1 Fuma diariamente
- 2 Fuma pero no diariamente
- 3 No fuma aunque antes fumaba diariamente
- 4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente

PASAR A LA PREGUNTA 45a

PASAR A LA PREGUNTA 45d

Fuma en la actualidad:

45a. Número de cigarrillos habituales: cig/semana

45b. ¿A qué edad empezó a fumar? años

45c. ¿Ha cambiado el consumo de tabaco debido al embarazo?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA 46

45c.1 ¿Cuándo cambió?

- 1 Antes de quedar embarazada
- 2 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que cambió:

45c.2 ¿Cuánto fumaba antes? cig/semana

No fuma en la actualidad, fumaba anteriormente:

45d. ¿A qué edad empezó a fumar? años

45e. ¿A qué edad dejó de fumar? años

45f. ¿Dejó de fumar por el embarazo?

- 1 Sí
- 2 No

45f.1 ¿Cuándo dejó de fumar?

- 1 Antes de quedar embarazada
- 2 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar:

45f.2 ¿Cuánto fumaba habitualmente? cig/semana

46. ¿Fuma alguien en casa?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES **NO** PASAR A LA PREGUNTA 47

	Pareja		Otro (1):		Otro (2):		Otro (3):	
		
a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?								
b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?								
c. ¿Ha cambiado el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
d. ¿En qué mes del embarazo cambió?								
e. ¿Cuánto fumaba antes?								

44

44b

45a

45b

45c

45c.1

45c.2

45d

45e

45f

45f.1

45f.1.2

45f.2

46

46a

46b

46c

46d

46e

47. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo?

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada
- 5 No trabaja

47

48. ¿Realiza comidas fuera de casa en lugares en los que se fume?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 49

48

48a ¿Desayuna/almuerza alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No

48a

48a.1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48a.1

48b ¿Come alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No

48b

48b.1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48b.1

48c ¿Cena alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No

48c

48c.1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

48c.1

49. ¿Acude alguna vez a lugares de ocio (bar, pub, discoteca...)?

- 1 Sí
- 2 No

49

49a ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

49a

50a. ¿Acude alguna vez a otros lugares en los que se fume (casa de amigos, familiares, casal, etc)?

- 1 Sí
- 2 No

50a

50a.1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

50a.1

50b. ¿Recibe alguna vez visitas de personas que fumen en su casa (amigos, familiares, vecinos, etc)?

- 1 Sí
- 2 No

50b

50b.1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

50b.1

50 bis. Durante el embarazo, ¿ha utilizado algún tipo de drogas? (le insisto que su respuesta será completamente confidencial).

- 1. Sí
- 2. No
- 9. NS/NC

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 51

(Si la respuesta es Sí)
Por favor, ¿podría indicarme qué tipo de drogas y con que frecuencia las ha tomado?

a. Nombre (comercial o genérico)	b. Frecuencia (veces por semana)	c. Trimestre de embarazo en el que lo tomó
1.		1 2 3
2.		1 2 3
3.		1 2 3

51

51a.1 51b.1
51c.1

51a.1 51b.1
51c.1

51a.1 51b.1
51c.1

ESTILOS DE VIDA

A) COSMÉTICOS Y OTROS

51. ¿Ha usado algún cosmético durante su embarazo (la pregunta no incluye maquillaje)?

- 1 Sí
- 2 No

SI LA REPSUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 54

51

52. Si es Sí, ¿Qué tipo de cosmético ha usado? (puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- 1 Crema
- 2 Loción
- 3 Ungüento
- 4 Aceite
- 5 Polvos
- 6 Otros.....

52

53. En caso de haber señalado alguna opción de la pregunta anterior completar el siguiente cuadro para cada una de las respuestas dadas

Cosmético/nombre comercial	Zona del cuerpo	Frecuencia de uso	
<i>Ej: crema (nutraderm®)</i>	1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	
53a.1	53b.1 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	53c.1 1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	53a.1 <input type="checkbox"/> 53b.1 <input type="checkbox"/> 53c.1 <input type="checkbox"/>
53a.2	53b.2 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	53c.2 1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	53a.2 <input type="checkbox"/> 53b.2 <input type="checkbox"/> 53c.2 <input type="checkbox"/>
53a.3	53b.3 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	53c.3 1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	53a.3 <input type="checkbox"/> 53b.3 <input type="checkbox"/> 53c.3 <input type="checkbox"/>
53a.4	53b.4 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	53c.4 1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	53a.4 <input type="checkbox"/> 53b.4 <input type="checkbox"/> 53c.4 <input type="checkbox"/>
53a.5	53b.5 1 Todo el cuerpo 2 Brazo y/o piernas 3 Parte superior del cuerpo 4 Parte inferior del cuerpo 5 Solo barriga 6 Varios.....	53c.5 1 Diariamente 2 Más de una vez a la semana 3 Mas de una vez al mes 4 Menos de una vez al mes/rara vez	53a.5 <input type="checkbox"/> 53b.5 <input type="checkbox"/> 53c.5 <input type="checkbox"/>

54. ¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o mechas durante su embarazo? Esta pregunta no incluye champú colorante (Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s)

- 1 No
- 2 Sí, mechas
- 3 Sí, tinte
- 4 Sí, hecho permanente-ondulado

55. Si es SI, ¿Durante qué semana del embarazo y cuántas veces? (puede marcar más de una que las casillas apropiadas)

- Veces
- 1 Semana 0-13
 - 2 Semana 14-26
 - 3 Semana 27 en adelante

55bis. ¿Utiliza algún producto higiénico, como el jabón, con acción antibacteriana?

- 1. Sí (especificar)
- 2. No

Nombre	Uso (zona del cuerpo)	Frecuencia

B) USO Y CONSUMO DE AGUA. VARIOS

56. ¿Cuántos vasos de agua bebe habitualmente cada día durante el embarazo? (en total, contando durante la comida y fuera de la comida)

- 1 Ninguno
- 2 1 vaso por día
- 3 2 vasos por día
- 4 3-4 vasos por día
- 5 5-6 vasos por día
- 6 Más de 6 vasos por día
- 9 No sabe

57. ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe en su residencia durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

57a. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí → Indicar tipo: _____
- 2 No

58. ¿Cuál es el origen principal del agua que utiliza para cocinar en su casa durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

58a. Si el origen del agua que usa para cocinar es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí → Indicar tipo: _____
- 2 No

54

55-1

55-2

55-3

56

57

57a

58

58a

59. ¿Ha cambiado el agua que consume desde que se quedó embarazada?

- 1 Si, la de beber
- 2 Si, la de cocinar
- 3 No ha cambiado

60. ¿Cuál es el origen principal del agua que consume fuera de casa (en su trabajo, en casa de familiares) durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

61. ¿Cómo se asea habitualmente durante el embarazo?

- 1 Ducha
- 2 Baño
- 3 Ambos
- 4 Otro (especificar) _____

59.

60.

61.

62. ¿Con qué frecuencia se suele duchar y/o bañar durante el embarazo?

	1. Ducha	2. Baño
a. Nº de veces a la semana	□□	□□
b. Si menos de una vez a la semana, indicar el nº de veces al mes	□□	□□

62a.1 □□ 62a.2 □□
62b.1 □□ 62b.2 □□

63. ¿Cuánto rato en promedio dura la ducha y/o el baño?

	1. Ducha	2. Baño
Numero de minutos	□□	□□

63-1 □□
63-2 □□

64. ¿Se suele duchar y/o bañar con agua caliente o fría?

	Caliente	Fría	Ambas
a. Ducha	1	2	3
b. Baño	1	2	3

64a □

64b □

65 □

65. Durante el embarazo, ¿se suele bañar en la piscina?

- 1 Sí
2 No

65a. ¿Es una piscina pública?

- 1 Sí (especificar nombre) _____
2 No

65b. ¿Con qué frecuencia se baña en la piscina durante el embarazo?

	Verano		Resto del año	
	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)
1. Piscina descubierta		□□□□		□□□□
2. Piscina cubierta		□□□□		□□□□

65a1v □□□□

65a1r □□□□

65a2v □□□□

65a2r □□□□

C) OTROS

66. ¿Toma usted productos BIOLÓGICOS O ECOLÓGICOS U ORGÁNICOS?

- 1 Sí
2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 68

66a ¿Con qué frecuencia?

- 1 Nunca o <1mes
2 1-3 mes
3 1 por semana
4 Varias veces por semana
5 Diariamente

66 □

66a □

66.a1 ¿Qué porcentaje de su dieta es ecológico?. Responder a los tipos señalados abajo, puntuar del 0 al 100. 0 = no haber comido comida ecológica de ese tipo y 100 = comer solo comida ecológica %

- 1 Frutas y verduras □□□□
2 Pan □□□□
3 Carne □□□□
4 Huevos □□□□
5 Leche y derivados lácteos □□□□
6 Arroz y pasta □□□□
7 Otros, especificar □□□□

66a1 □□□□

66a2 □□□□

66a3 □□□□

66a4 □□□□

66a5 □□□□

66a6 □□□□

66a7 □□□□

67. ¿Utiliza usted recipientes de plástico en el microondas para calentar comida?

- 1 Sí
- 2 No

67a ¿con qué frecuencia?

- 1 Varias veces a la semana
- 2 Varias veces al mes
- 3 Menos de una vez al mes

67

67a

68. ¿Utiliza teléfono móvil?

- 1 Sí
- 2 No

68a ¿Cuántas conversaciones mantiene al día?

68

68a

TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO

69. Desde que se quedó embarazada, ¿cuánto tiempo al día pasa en los siguientes lugares?

	1. Entre semana (horas:minutos/día)	2. Fin de semana (horas:minutos/día)	
En el trabajo:			
a. Interior			69a.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69a.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
b. Exterior			69b.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69b.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
c. En otros edificios (centros comerciales, lugares públicos)			69c.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69c.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
d. Medios de transporte			69d.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69d.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
e. Exterior (en la calle, andando, en un parque...)			69e.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69e.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
En su vivienda			
f. Interior de la casa			69f.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69f.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
g. Exterior de la casa			69g.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69g.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
h. En interior de otras casas			69h.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69h.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
Total			69i.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 69i.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>

70. ¿Cuánto tiempo al día emplea en desplazarse (al trabajo, compra, con los niños, otros familiares...)?

	1. Entre semana (horas:minutos/día)	2. Fin de semana (horas:minutos/día)	
a. Caminando			70a.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70a.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
b. Bicicleta			70b.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70b.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
c. Motocicleta o ciclomotor			70c.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70c.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
d. Coche o taxi			70d.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70d.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
e. Autobús o tranvía			70e.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70e.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>
f. En tren o metro			70f.1 <input type="text"/> : <input type="text"/> 70f.2 <input type="text"/> : <input type="text"/>

PERCEPCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

71. De la siguiente lista de problemas relacionados con el medio ambiente, señale los cinco que considera de mayor importancia en el lugar donde usted y su familia viven (mostrar primero toda la lista y luego señalar cinco problemas):

1. Contaminación del aire (tráfico de vehículos, industrias, etc.)
2. Contaminación del agua de bebida del grifo
3. Contaminación de las aguas para uso recreativo (mar, río, etc.)
4. Ruido exterior (tráfico de vehículos, industrias, talleres, etc.)
5. Deficiencias en desagües o sistemas de evacuación de aguas domésticas (alcantarillas, etc.)
6. Proximidad de basureros o lugares de depósito de residuos peligrosos
7. Proximidad de industrias molestas, tóxicas o peligrosas
8. Proximidad de incineradoras
9. Proximidad de zonas de cultivo fumigadas con plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.)
10. Proximidad de quemas agrícolas o incendios
11. Proximidad de granjas de animales, rebaños, ganado, etc.
12. Proximidad a antenas de radiofrecuencia (móviles, radio...)
13. Proximidad a líneas de alta tensión
14. Contaminación alimentos
15. Escasez de zonas verdes
16. Suciedad en las calles
- Otros. Especificar:
17.
18.
19.

- 71-1|_
- 71-2|_
- 71-3|_
- 71-4|_
- 71-5|_
- 71-6|_
- 71-7|_
- 71-8|_
- 71-9|_
- 71-10|_
- 71-11|_
- 71-12|_
- 71-13|_
- 71-14|_
- 71-15|_
- 71-16|_
- 71-17|_
- 71-18|_
- 71-19|_

72. Señale en qué medida considera que afectan negativamente su salud y la de su familia cada uno de los cinco problemas medioambientales que ha señalado en la pregunta anterior:

a. Nº de problema	b. Percepción			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1 _ _	1	2	3	4
2 _ _	1	2	3	4
3 _ _	1	2	3	4
4 _ _	1	2	3	4
5 _ _	1	2	3	4
6 _ _	1	2	3	4

- 72a.1|_|_| 72b.1|_|
- 72a.2|_|_| 72b.2|_|
- 72a.3|_|_| 72b.3|_|
- 72a.4|_|_| 72b.4|_|
- 72a.5|_|_| 72b.5|_|
- 72a.6|_|_| 72b.6|_|

OBSERVACIONES: