

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

a) ID. NUM. NIÑO:

b) FECHA CUESTIONARIO: ___/___/___

c) ENTREVISTADO: _____ d) ENTREVISTADORA: _____

CD.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CAMBIO DE DOMICILIO

1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista (2 años)?

Sí → Fecha Cambio: ___/___/___

No (PASAR A PREGUNTA CG1)

CASA ACTUAL		
Dirección actual:		
Calle	Nº	Puerta
Municipio	CP	
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	
Teléfono móvil:		
Correo electrónico:		
Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares):		
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:

2. Edad de su casa en años:

1. <5
2. de 5 a 14
3. de 15 a 29
4. >30
99. 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 (en un edificio de viviendas) → Pasar a pregunta 5
4. Otros (por favor, especifique)..... --> Pasar a pregunta 5

4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?
Sí/NO

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

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

7. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__|__|__|__| 9999 Ns/Nc

CG.-ACTUALIZACIÓN DE DATOS CAMBIO DE GUARDERÍA

1.-¿Cambió de guardería desde la última entrevista (2 años)?

Sí (rellenar tabla)

No (PASAR A LA PREGUNTA CD2.1)

Nombre guardería 1			
Calle:	N	Puerta	
Municipio	CP		
Fecha inicio	Fecha fin		

Nombre guardería 2			
Calle:	N	Puerta	
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP		
Fecha inicio	Fecha fin		

DC.-DATOS DEL COLEGIO DEL NIÑO/A:

1.-Municipio: _____

2.-Nombre colegio: _____

3.-Dirección: _____

4.-Nombre del Tutor/a: _____

5.-Fecha de escolarización --/--/----

6.-Tiempo que el niño pasa en la escuela (Horas/Día): -----

7.-¿Come el niño en la escuela?

SI

NO ¿Donde come? _____

IG.-INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO/A

1. Actualmente ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |_|_|_|

- 1. Madre (SI/NO)
- 2. Padre (SI/NO)
- 3. Hermanos |_|_|_| Número
- 4. Abuelos |_|_|_| Número
- 5. Otros |_|_|_| Número
- 6. Si son niños inferior a 12 años especificar n° |_|_|_|

2. Habitualmente ¿Quién es el principal cuidador del niño/a? (se puede marcar más de una opción, en caso de que haya más de un cuidador principal)

- 1. Madre
- 2. Padre
- 3. Hermanos
- 4. Abuelos
- 5. Otros. Especificar _____

3. Habitualmente, ¿Quién va a buscar el niño/a al colegio? (se puede marcar más de una opción, en caso de que haya más de una persona que vaya a buscar al niño/a, habitualmente)

1. Madre
2. Padre
3. Abuelos
4. Transporte escolar
5. Cuidador/a
6. Hermanos
7. Otros. Especificar _____

4. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

SI, unas horas (horas/día).....
NO

Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
Municipio:..... CP:.....

5. ¿Con qué frecuencia su hijo/a ha faltado al colegio por problemas de salud en los últimos 12 meses?

1. Menos de una vez al mes
2. Una vez al mes
3. Más de una vez al mes

6. ¿Cuántas horas dedican en promedio un día entre semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

	Madre	Pareja	Otros familiares
a.-Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
b.-Cuidado de los niños			
c.-Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

7. ¿Cuántas horas dedican en total el fin de semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

	Madre	Pareja	Otros familiares
a.-Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
b.-Cuidado de los niños			
c.-Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

8. ¿Tiene usted contratada alguna persona para realizar las tareas domésticas / cuidado de niños / cuidado de familiares ancianos o discapacitados?

Sí

No (Pasar a la pregunta 9)

8a. ¿Cuáles son sus tareas? (se puede marcar más de una opción)

- 1.- Tareas domésticas
- 2.- Cuidado de niños
- 3.- Cuidado de familiares ancianos o discapacitados
- 4.- otras tareas, **Especificar:** _____

8b. ¿Con qué frecuencia acude esta persona a su casa? |_|_| horas/semana

9. ¿Tiene usted o su pareja alguna limitación o impedimento que le imposibilite realizar las tareas enunciadas anteriormente (domésticas, cuidado de los niños o cuidado de familiares ancianos o discapacitados)?

	Ninguna limitación	Alguna limitación	Mucha limitación
Madre	1	2	3
Padre	1	2	3

10. ¿Qué idioma utilizan habitualmente en casa?:

1. Sólo castellano
2. Castellano a menudo y euskera raramente.
3. Principalmente castellano, usando el euskera aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
4. Uso equitativo de euskera y castellano (sin diferencias importantes).
5. Principalmente euskera, usando el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
6. Euskera frecuentemente, castellano raramente.
7. Sólo euskera
8. Se habla otro idioma (únicamente o junto con euskera/castellano)

11. ¿En qué modelo lingüístico está escolarizado su hijo?:

1. Modelo D (todo en euskera)
2. Modelo B (Mixto, euskera-Castellano)
3. Modelo A (todo en Castellano)
4. Otro idioma distinto del euskera /Castellano

IL.- INFORMACIÓN LABORAL DE LOS PADRES:

INFORMACIÓN LABORAL DE LA MADRE

12. ¿Cual es su situación laboral actual.....?

1. Trabajadora por cuenta propia.....horas/semana
2. Trabajadora por cuenta ajena.....horas/semana
3. Parada
4. Estudiante
5. Baja laboral. **Motivo**..... **Desde cuando:** ---/---/-----
6. Ama de casa
7. Otras.....

INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE

13. ¿Cual es su situación laboral actual.....?

1. Trabajador por cuenta propia.....horas/semana
2. Trabajador por cuenta ajena.....horas/semana
3. Parado
4. Estudiante
5. Baja laboral. **Motivo**.....**Desde cuando:** ---/---/-----
6. Amo de casa
7. Otras.....

DN.- DORMITORIO DEL NIÑO/A

15. Actualmente, el niño duerme:

1. Solo/a en su habitación
2. Con otras personas en su habitación

Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella) []

Nº de personas por grupo de edad

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | niños menores de 12 años | [] |
| 2 | entre 12-64 años | [] |
| 3 | Mayor de 65 años | [] |

16. ¿Cuántas horas duerme habitualmente su hijo/a?

Por la noche |__|__| horas

¿Cuántas veces se despierta por la noche? |__|__|

Después de comer |__|__| horas

17. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado desde el nacimiento en la cama/cuna de su hijo? (se puede marcar más de una opción):

- 1. Lana
- 2. Espuma
- 3. Muelles
- 4. Látex
- 5. Otros (indicar):.....
- 99.-NS/NC

¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? |__|__| años

18. ¿Ha utilizado o utiliza almohada en la cama/cuna de su hijo (debajo de la cabeza o en cualquier sitio de la cama /cuna) **a lo largo del año?**

- Sí
- No → Pasar a p19

¿A partir de qué edad?meses de edad. NS/NC (99)
 ¿De qué tipo? ((se puede marcar más de una opción)

- 1. Lana
- 2. Espuma
- 3. Látex
- 4. Plumas
- 5. Otros (indicar):.....

CCC.-COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA

19. ¿Qué tipo de cocina tiene actualmente?

- 1. Gas natural
- 2. Gas butano o propano
- 3. Eléctrica
- 4. Otros **Especificar:**_____

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado la cocina? (si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

20. ¿Tiene horno de gas actualmente?

- Sí
- No (pasa a pregunta 21)

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado el horno de gas? (si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

21. ¿Su cocina tiene extractor?

Sí

No (pasa a pregunta 22)

Durante la última semana, cuando cocina ¿cuánto tiempo ha usado el extractor? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

22. En la última semana, ¿con qué frecuencia ha abierto las ventanas al cocinar?

1. Siempre
2. A veces
3. Nunca

23. ¿Qué tipo de calefacción tiene actualmente?

1. De gas natural
2. De gas butano o propano
3. Eléctrica
4. Gasoil
5. Otros **Especificar**_____

Durante una semana normal de invierno, ¿cuánto tiempo en total usa la calefacción?

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

24. ¿Qué tipo de calentador tiene actualmente?

1. De gas natural
2. De gas butano o propano
3. Eléctrico
4. Otros **Especificar**:_____

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en total ha usado el calentador? *(si está de vacaciones, debe referirse a una semana normal del año)*

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

Ubicación del calentador

1. Exterior de la vivienda (balcón o patio)
2. Interior de la vivienda (cocina u otro habitación)

25. ¿Tiene aire acondicionado en su vivienda actualmente?

SI

NO (pase a la pregunta 26)

Durante una semana normal de verano, ¿cuánto tiempo en total usa el aire acondicionado?

	Horas	Minutos
a.-Un día entre semana		
b.-Un día el fin de semana		

C.-CASA

Cosideraría usted su vivienda como húmeda

Si
No

26. ¿Ha tenido manchas de humedad en los últimos 12 meses?

Sí	¿Dónde?	1. Habitación del niño....SI/NO
No (<i>pasar a la p.27</i>)		2.Lugar de juegos.....SI/NO
		3. Resto De la casa.....SI/NO

27. ¿Ha tenido moho en los últimos 12 meses?

Sí	¿Dónde?	1.Habitación del niño....SI/NO
No (<i>pasar a la p.28</i>)		2.Lugar de juegos.....SI/NO
		3.Resto De la casa.....SI/NO

28. ¿Ha tenido moqueta en los últimos 12 meses?

Sí	¿Dónde?	1.Habitación del niño....SI/NO
No (<i>pasar a la p.29</i>)		2.Lugar de juegos.....SI/NO
		3.Resto De la casa.....SI/NO

29. ¿Ha tenido alfombras en los últimos 12 meses?

Sí	¿Dónde?	1.Habitación del niño....SI/NO
No (<i>pasar a la p.30</i>)		2.Lugar de juegos.....SI/NO
		3.Resto De la casa.....SI/NO

30. ¿Ha tenido doble cristal en las ventanas en los últimos 12 meses?

Sí	¿Dónde?	1.Habitación del niño....SI/NO
No (<i>pasar a la p.31</i>)		2.Lugar de juegos.....SI/NO
		3.Resto De la casa.....SI/NO

31. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna rotura de grifo en su vivienda?

Sí
No

32. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio en los últimos 12 meses?

- 1. Sí, obras
- 2. Sí, pintado
- 3. Sí, ambas cosas
- 4. No → *Pasar a pregunta 28*

Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (*contando cocina y baño(s)*): |_|_|

33. En los últimos 12 meses, ¿se han utilizado alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Entre 1 y 3 veces a la semana	Entre 4 y 7 veces a la semana
1. Lejía	1	2	3	4
2. Amoniaco	1	2	3	4
3. Limpia muebles líquido	1	2	3	4
4. Sprays de limpieza muebles	1	2	3	4
5. Sprays limpiavidrios	1	2	3	4
6. Spray desengrasante (incluye sprays para la limpieza del horno)	1	2	3	4
7. Disolventes (incluye quitamanchas)	1	2	3	4
8. Ácidos, incluidos descalcificadores	1	2	3	4
9. Sprays ambientadores	1	2	3	4
10. Ambientadores enchufables o de otro tipo (no spray)	1	2	3	4

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

		Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas
34.1. Habitación del niño	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4
34.2. Resto casa	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4

AD.-ANIMALES DOMÉSTICOS

35. ¿Ha tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?

Si *Cumplimentar la tabla.*
No *Pasar a pregunta 36*

	35.a. ¿Tiene ahora?	35.b Número	35.c. ¿Viven en casa?	35.d. ¿Duermen en la habitación del niño?
Perro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Gato/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Pájaro/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO

Hámster/s	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Otros:	SI/NO		SI/NO	SI/NO

T.-TABACO

36. ¿Fuma alguien de los que conviven con el niño/a?

Sí (pasar a la 36a)

No (pasar pregunta 37)

¿Qué cantidad fuma al día? Cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana) En casa se refiere dentro de la casa (la terraza, un patio interior, un jardín, etc., se considera fuera de la casa)

	SÍ/NO	35.a total cigarrillos/día	35.b cigarrillos /día en casa	35.c Fuma en casa en presencia del niño/a	35.d. Fuma en el comedor de de la casa
Madre	SI/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Padre	SI/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 1:	SI/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 2:	SI/NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

37 ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar (al menos 24 horas sin fumar) en el último año? nº-----

38 ¿Tiene intención de dejar de fumar?:

1. Sí, en los próximos 30 días
2. Sí, en los próximos seis meses
3. No, no tengo intención de dejar de fumar

39 ¿Ha recibido algún consejo para dejar de fumar en su Centro de salud en el último año?

1. Sí
2. No

40 ¿Acude el niño/a a otros lugares donde se fume?

SÍ NO

¿Dónde?

- | | | |
|---|-----------------------|-------|
| } | a. Otras casas | SI/NO |
| | b. Bares/restaurantes | SI/NO |
| | c. Otro: | SI/NO |
| | Especificar..... | |

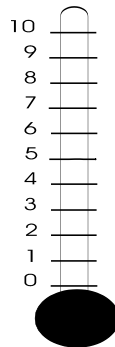
Con qué frecuencia:

1. Menos de una vez por semana
2. 1-3 veces por semana
3. Más de 3 veces por semana

MOLESTIAS

41. ¿Hasta qué 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.)? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada

Molestia insoportable



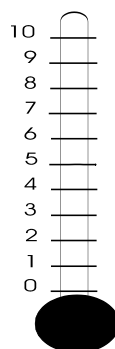
Ninguna molestia

42. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante el día?

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

43. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada

Molestia insoportable



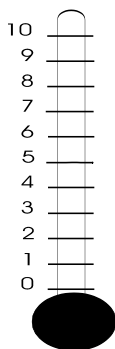
Ninguna molestia

44. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante la noche?

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

45. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante la noche? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada

Molestia insoportable



Ninguna molestia

ABA.-AGUA, BAÑO Y ASEO

46. ¿Cuál es el origen principal del agua en su casa? (Respuesta única)

- 1. Agua directa de la red municipal
- 2. Pozo privado
- 3. Otro origen (especificar) _____
- 99. No sabe

47. ¿Cuál es el origen principal del agua que BEBE el niño/a en su residencia habitual? (Indicar solamente un origen, el que usted considere más frecuente)

- 1. Agua directa de la red municipal (responder 47a)
- 2. Pozo privado
- 3. Agua embotellada
- 4. Otro origen (especificar) _____
- 99 No sabe

47a. Si el origen del agua que bebe es municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

Sí → Indicar tipo(47a_esp): _____
 No

48. ¿Con que frecuencia suele bañar y/o ducha a su hijo/a en los últimos 12 meses?

A la semana	Baño	Ducha
Nº de veces a la <u>semana</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Al mes (Si menos de una vez a la semana)	Baño	Ducha
Si menos de una vez a la semana, indicar nº de veces al <u>mes</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Tiempo en el agua	Baño	Ducha
¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos		

49. ¿Ha llevado a su hijo/a a la piscina en los últimos 12 meses?

- Sí
- No (responder 49.a)

49.a. ¿Cuál es el motivo principal de que su hijo/a NO se haya bañado en la piscina durante los últimos 12 meses?

1. Problemas en la piel
2. Problemas de salud respiratoria
3. Otros problemas de salud
4. No le gusta
5. Otro motivo **Especificar:**

50. Intente pensar en los últimos 12 meses las veces que su hijo/a se baña en piscinas públicas cubiertas y descubiertas, a lo largo del año.

	Verano		Resto del año	
	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)
Piscina cubierta pública				
Nombre:.....		_ _ _ _ tpo		_ _ _ _ tpo
Población:.....				
Piscina descubierta pública	Verano			
Nombre:.....	Nº de días al mes	Tiempo (minutos)		
Población:.....		_ _ _ _ tpo		

51. ¿A qué edad su hijo/a empezó a bañarse en la piscina? |_|_| años |_|_| meses

RF.-REDES FAMILIARES

52. Aproximadamente, ¿Con cuántos familiares mantiene una comunicación regular, sin contar aquellos que viven con usted? (Por comunicación regular entendemos que mantiene algún tipo de contacto (esto es, los ve, habla con ellos, les envía o recibe mensajes de ellos...) al menos una vez al mes)

1. |_|_|
2. Ninguno
3. No contesta

53. Pensando en todos sus familiares, incluidos aquellos con los que vive, ¿Con cuántos mantiene una relación cercana? (Relación cercana: personas con las que se siente cómodo/a y puede hablar de sus problemas o asuntos personales)

1. |_|_|
2. Ninguno
3. No contesta

RA.- REDES DE AMIGOS

54. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos diría usted que tiene? (*Entendemos por amigos, aquellas personas con las que tiene un trato de afecto o amistad, no personas que simplemente ve de vez en cuando*)

- 1. |__|__|
- 2. Ninguno
- 3. No contesta

55.Y de estos amigos, ¿Cuántos de ellos considera usted como más cercanos? (*Personas con las que se siente cómodo/a y puede hablar de sus problemas o asuntos personales*)

- 1. |__|__|
- 2. Ninguno
- 3. No contesta

56. Pensando en todos sus amigos, y no sólo en sus amigos más cercanos:

56.A- ¿Cuántos son o han sido vecinos suyos?

- 1. |__|__|
- 2. Ninguno
- 3. No contesta

56.B-¿Cuántos son o han sido compañeros de trabajo?

- 1. |__|__|
- 2. Ninguno
- 3. No contesta

56.C-¿Cuántos son o han sido compañeros de estudios?

- 1. |__|__|
- 2. Ninguno
- 3. No contesta

AAF.- ACCESO A AYUDA FINANCIERA

57.- Imagine ahora que tiene problemas de dinero y necesita que alguien le preste mil euros:

57.A- ¿En qué medida le sería fácil o difícil pedir ayuda a alguien? *En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que le sería muy difícil y 10 que le sería muy fácil. ¿Qué puntuación daría?*

- 1. |__|__|
- 2. No sabe
- 3. No contesta

57.B- ¿Y le pediría a..... que le prestara mil euros?

	A.-No tiene familiares, amigos, vecinos, compañeros	B.-Sí	C.-No	D.-No sabe	E.-No contesta
1.Un familiar que vive con usted					
2.-Un familiar que no vive con Ud					
3.-Un amigo					
4.-Un vecino					
5.-Un compañero de trabajo o estudios					

AAPS.- ACCESO A AYUDA POR PROBLEMAS DE SALUD

58.-Imagine que está con gripe en cama unos pocos días y necesita ayuda en su casa:

58.A-¿En qué medida le sería fácil o difícil pedir ayuda a alguien? En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que le sería muy difícil y 10 que le sería muy fácil. ¿Qué puntuación daría?

- 1. |__|__|
- 2. No sabe
- 3. No contesta

58.B- ¿Y en esta situación le pediría a..... que le ayudara?

	A.-No tiene familiares, amigos, vecinos, compañeros	B.-Sí	C.-No	D.-No sabe	E.-No contesta
1.Un familiar que vive con usted					
2.-Un familiar que no vive con Ud					
3.-Un amigo					
4.-Un vecino					
5.-Un compañero de trabajo o estudios					

AAE.- ACCESO A AYUDA EMOCIONAL

59.-Imagine que tiene una crisis personal (ya sea por una ruptura sentimental, la defunción de alguien allegado, discusión con compañeros de trabajo...)

59.A-¿En qué medida le sería fácil o difícil pedir ayuda a alguien? En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que le sería muy difícil y 10 que le sería muy fácil. ¿Qué puntuación daría?

- 1. |__|__|
- 2. No sabe
- 3. No contesta

59.B- ¿Y en esta situación le pediría a..... que le ayudara?

	A.-No tiene familiares, amigos, vecinos, compañeros	B.-Sí	C.-No	D.-No sabe	E.-No contesta
1.Un familiar que vive con usted					
2.-Un familiar que no vive con Ud					
3.-Un amigo					
4.-Un vecino					
5.-Un compañero de trabajo o estudios					

OBSERVACIONES:

