

VENTILACIÓN MECÁNICA Y HABITABILIDAD – BARRANQUILLA

Esta encuesta tiene un propósito académico y hace parte del proyecto de Evaluación del Impacto de la Ventilación Mecánica en Edificaciones Residenciales Asociada a los Diseños Arquitectónicos y Sistemas Constructivos, desarrollado en colaboración con la Universidad Santo Tomás. El objetivo es analizar cómo la ventilación mecánica, en conjunto con el diseño arquitectónico y los sistemas constructivos, influye en la habitabilidad de las viviendas en la ciudad de Barranquilla. con el fin de identificar estrategias

PREGUNTAS GENERALES

1. ¿En que bloque se ubica su apartamento? *

2. ¿Cuál es el NÚMERO de su apartamento? *

3. ¿Cuántas personas viven en su apartamento? *

INFORMACIÓN DEL OCUPANTE

4. ¿Cuál es su nombre? (el apellido no es necesario) *

5. ¿Cuál es su rango de edad en años? *

Menos de 20

20-30

31-40

41-60

61 o más

6. ¿Con que género se identifica? *

Femenino

Maculino

Prefiere no responder

Otras

7. ¿Cuál es su nivel de estudios? *

- Estudios primarios sin finalizar
- Estudios primarios
- Bachillerato
- Título universitario
- Posgrado

8. Indique su estatura aproximada en centímetros *

9. ¿Cuál es su peso estimado en kilogramos? *

10. ¿Desde hace cuanto reside en el apartamento actual? *

- Menos de 1 año
- 1 a 4 años
- 5 a 10 años
- Más de 11 años

11. ¿Cuál es la condición de tenencia de su vivienda ? *

Vivienda alquilada

Vivienda propia

12. En términos generales, ¿qué tanto tiempo pasa usted dentro de su apartamento? *

Casi todo el tiempo (entre 20 y 24 horas)

La mayor parte del tiempo (entre 15 y 19 horas)

Cerca de la mitad del tiempo (entre 10 y 14 horas)

Poca parte del tiempo (entre 5 y 9 horas)

Muy poco tiempo (menos de 5 horas)

13. ¿Tiene alguna condición médica o limitación física que incremente su sensibilidad frente a factores ambientales internos?

*(Ejemplos: alergias, afecciones respiratorias, hipertensión, entre otros) **

Si

14. Si respondió afirmativamente, por favor especifique que condición

15. ¿Qué actividades realiza con mayor frecuencia en su casa?

*

- DESCANSAR O DORMIR: Acostado/a o dormido/a sin movimiento significativo
- ESTAR SENTADO/A EN REPOSO: Ver televisión, leer, usar celular o trabajar en el computador
- COCINAR: Preparar alimentos, uso activo de brazos
- EJERCITARSE: Actividad vigorosa como aeróbicos, bicicleta estática, yoga
- Otras

VENTILACIÓN MECÁNICA

16. ¿Cómo describe la temperatura de su apartamento en general? *

- Fria
- Neutral
- Caliente

17. ¿Cómo describe la humedad de su apartamento en general? *

- Muy húmedo
- Húmedo
- Un poco húmedo
- Neutral
- Un poco seco
- Seco
- Muy seco

18. ¿Cómo describe la ventilación de su apartamento en general? *

- Mucho aire
- Aireado
- Un poco de brisa
- Neutral
- Un poco de bochorno
- Sofocante
- Muy sofocante

19. ¿Su vivienda utiliza algún tipo de ventilación mecánica (como aire acondicionado, extractores o ventiladores)? *

- Si
- No

20. ¿Con qué frecuencia utiliza estos sistemas de ventilación mecánica? *

- Todo el día
- Solo durante la noche
- Algunas horas al día
- Eventualmente
- Nunca

21. ¿Qué tipo de sistema de ventilación mecánica emplea con mayor frecuencia? *

- Aire acondicionado
- Ventiladores de techo o de pedestal
- Extractores de aire
- Otras

22. ¿Considera que el uso del sistema mecánico mejora significativamente el confort térmico de su vivienda? *

- Sí, completamente
- Sí, parcialmente
- No, no hace diferencia
- No lo sé

PERCEPCION DE HABITABILIDAD Y LESIONES POR HUMEDAD

23. ¿Ha notado presencia de humedad, moho o malos olores en su vivienda? *

Si

No

24. ¿En qué zonas ha identificado estos problemas? (*Puede seleccionar más de una*)

Dormitorios

Baños

Cocina

Sala-comedor

Otras

25. ¿Considera que el diseño arquitectónico favorece una adecuada ventilación interior? *

Si

Parcialmente

No

No sabe/ No aplica

CONSECUENCIAS

26. Si se siente incómodo con las condiciones ambientales de su apartamento ¿qué pasa? *

- Sigue sus actividades así esté incomodo
- No puede continuar haciendo sus actividades y debe parar temporalmente
- Siente que puede enfermarse debido a estas condiciones

27. Si su respuesta fue afirmativa, ¿con qué enfermedad ha asociado las condiciones ambientales de su apartamento *

- Problemas respiratorios, asma o alergias
- Problemas de piel, eczema o dermatitis
- Problemas cardiovasculares
- Migrañas o dolores de cabeza
- Problemas para conciliar o sostener el sueño
- Otras

28. Si sufre o ha sufrido alguna enfermedad debido a las condiciones ambientales de su apartamento, indique los siguiente: *

	Nada	Muy poco	Más o menos
¿Por cuánto tiempo sufrió o ha sufrido esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tanto afecta su vida normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tanto control tiene sobre esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tanto le preocupa esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Si ha sufrido alguna enfermedad debido a las condiciones ambientales de su apartamento, con qué frecuencia: *

- ¿Qué tanta información tiene sobre cómo tratar esta enfermedad?
- Una vez al mes
 - Una vez cada 3 meses
 - Una vez cada 6 meses
 - Una vez al año
 - Otras

ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

30. Cuando percibe incomodidad térmica o ambiental en su vivienda, ¿qué acciones suele tomar para mejorar su bienestar?

*Seleccione todas las que apliquen según su experiencia habitual. **

- Encender el aire acondicionado
- Encender un ventilador eléctrico o extractor
- Abrir ventanas o puertas para permitir circulación de aire
- Cerrar ventanas o puertas para mantener el ambiente interior
- Ajustar cortinas o persianas para controlar el ingreso de luz o calor
- Ducharse o mojarse para refrescarse
- Retirarse del espacio hacia otro más fresco o ventilado
- Acostumbrarse sin hacer cambios
- Otras

31. Si tuviera la posibilidad de modificar su vivienda para mejorar la ventilación y el confort ambiental, ¿qué elementos cambiaría o incorporaría?
*Seleccione todas las opciones que considere apropiadas. **

- Instalar o mejorar el sistema de aire acondicionado
- Ampliar el tamaño de las ventanas
- Cambiar la ubicación u orientación de las ventanas
- Utilizar materiales que aíslen el calor en muros, techos o pisos
- Aumentar la altura de los techos
- Rediseñar la orientación de la vivienda con respecto al sol
- Incluir elementos naturales como plantas o jardines interiores
- Incorporar cortinas, persianas o protecciones solares
- Aumentar la amplitud de los espacios interiores
- Otras

IMPACTO ECONÓMICO

32. ¿Alguna vez ha realizado alguna mejora en su vivienda para aumentar el confort ambiental o reducir el gasto energético? *

Si

No

33. Si realizó una mejora, explique brevemente cuál fue *

34. Si tuviera la posibilidad de invertir en mejoras para su vivienda con el fin de aumentar el confort ambiental o reducir el gasto energético, ¿estaría dispuesto/a a hacerlo? *

Si

No

No sabe

35. ¿Cuál sería el principal factor que influiría en su decisión de invertir en mejoras para el confort ambiental o eficiencia energética? (Seleccione una opción) *

- Ahorro en la factura de electricidad
- Mayor bienestar y confort térmico
- Reducción del impacto ambiental
- Revalorización de la vivienda
- Disponibilidad de subsidios o financiamiento
- No tengo interés en invertir en este tipo de mejoras
- Otras

36. Si tuviera la posibilidad de invertir en mejoras para optimizar el confort térmico y ambiental en su vivienda, ¿en qué elementos priorizaría la inversión?

*Seleccione las opciones que considere más relevantes. **

- Implementación de ventilación mecánica eficiente (extractores, ventiladores, aire acondicionado de bajo consumo)
- Incorporación de materiales aislantes térmicos en techos, muros o pisos
- Sustitución de ventanas y puertas por opciones con mayor eficiencia térmica
- Protección solar pasiva (toldos, parasoles, vidrios especiales)
- Otras

37. En su opinión, los sistemas de calefacción o aire acondicionado son: *

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Indiferente
Asequible/económico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buenos para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bueno para el medio ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesario / indispensable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deseable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.