

ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN EN LA COMUNA DE YAMANUNKA

A. UBICACIÓN

1.Comunidad _____ 2.Campo Petrolero/Bloque _____

3.Pozo/estación que le afecta _____

B. CENSO FAMILIAR4.Código vivienda

5.GPS vivienda _____

6.GPS agua beber/cocinar _____

7.GPS agua para bañarse _____

8.GPS fuente de contaminación _____

9.Nº de personas en la familia

10.Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	11.Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2
Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años	Sexo: F <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2

12.Tiempo de residencia en la finca años

13.¿Anteriormente vivía en la comuna Yamanunka?

Sí a1.¿En qué comunidad? Tuntiak 1 Shariant 2 Sharup 3 Yamanunka 4
 San José 5 Yamaran Suku 6 8 de Diciembre 7 Kukush 8 Wamputsar 9
 Pueblo Unido 10 Nace 11 Tsanimp 12 Las Vegas 13 San Juan Bosco 14
 24 de Mayo 15 a2.¿Durante cuánto tiempo? años

No ¿Dónde vivía anteriormente? _____

14.En caso de que haya cambiado de vivienda, ¿por qué razón?

C. DATOS CONTAMINACIÓN15.¿Hay algún pozo en su comunidad? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: a.Tipo de pozo: Producción 1 Reinyector 2 b.¿A qué distancia vive? _____

16.¿Hay alguna piscina en su comunidad? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: a.Tipo de piscina: Crudo 1 Agua de formación 2

b.¿A qué distancia vive? _____ metros

17.¿Hay algún mechero en su comunidad? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: b.¿A qué distancia vive? _____ metros

18.¿Se vertieron en su comunidad aguas de formación? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: b.¿A qué distancia vive? _____ metros

19.¿Hay en su comunidad algún otro tóxico o problema? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: a.¿Qué tipo de problema? _____

b.¿A qué distancia vive? _____ metros

20.¿Hay cultivos de palmeras en su comunidad? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: b.¿A qué distancia vive? _____ metros

D.PROBLEMAS, RIESGO Y DESTRUCCIÓN ECOLÓGICA21.¿Ha sufrido usted o su familia algún problema por la explotación petrolera? Sí 1 No 0

En caso afirmativo, esos problemas fueron consecuencia de:

a1. Sísmicas Sí 1 No 0 a2. ¿Cuántas veces? a3. ¿Qué pasó? Daños cultivos 1
 Annex 1
 Daños cuerpos de agua 2 Enferm. Animales 3 Enferm. Personas 4

b1. Rotura oleoductos Sí 1 No 0 b2. ¿Cuántas veces? b3. ¿Qué pasó?
 Daños cultivos 1 Daños cuerpos de agua 2 Enferm. animales 3 Enferm. personas 4

c1. Derramaron piscinas Sí 1 No 0 c.2. ¿Cuántas veces? c3. ¿Qué pasó?
 Daños cultivos 1 Daños cuerpos de agua 2 Enferm. animales 3 Enferm. personas 4

d1. Problemas con mecheros Sí 1 No 0 d2. ¿Cuántas veces? d3. ¿Qué pasó?
 Daños cultivos 1 Daños cuerpos de agua 2 Enferm. animales 3 Enferm. personas 4

e. Otros problemas _____

22. ¿Ha sufrido usted algún problema por el cultivo de palmeras? Sí 1 No 0

En caso afirmativo, esos accidentes fueron consecuencia de:

a1. Derrames de químicos al suelo Sí 1 No 0 c.2. ¿Cuántas veces? c3. ¿Qué pasó?
 Daños cultivos 1 Enferm. animales 2 Enferm. personas 3

b1. Derrames de químicos al río Sí 1 No 0 c.2. ¿Cuántas veces? c3. ¿Qué pasó?
 Daños cuerpos de agua 1 Enferm. animales 2 Enferm. personas 3

c1. Planta de tratamiento de aceite _____

d1. Otros problemas _____

E. HÁBITOS EN EL USO DEL AGUA

23. Para beber y cocinar:

a. Actualmente: a1. Del río: Sí 1 No 0
 En caso afirmativo, ¿De dónde? Río Blanco 1 Río Itaya 2 Río Chorrera 3
 Río Jivino 4 Río Pobre 5 Thauanda 6 Otros _____
 a2. De pozo 7 a3. De lluvia 8 a4. De fuente 9 a5. De llave 10
 a6. Otros _____ Tiempo años

b. ¿De dónde tomaba el agua antes? _____

b1. ¿Por qué cambio el lugar de donde tomaba el agua? _____

b2. ¿Durante cuánto tiempo tomo esta agua? _____

24. Para bañarse

a. Actualmente: a1. Del río: Sí 1 No 0
 En caso afirmativo, ¿De dónde? Río Blanco 1 Río Itaya 2 Río Chorrera 3
 Río Jivino 4 Río Pobre 5 Thauanda 6 Otros _____
 a2. De pozo 7 a3. De lluvia 8 a4. De fuente 9 a5. De llave 10
 a6. Otros _____ Tiempo años

b. ¿De dónde tomaba el agua antes? _____

b1. ¿Por qué cambio el lugar de donde tomaba el agua? _____

b2. ¿Durante cuánto tiempo tomo esta agua? _____

F. HÁBITOS ALIMENTICIOS

25. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Carne vaca/monte:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Carne cerdo:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Carne pollo:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Pescado:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0

Leche: Annex 1	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Huevos:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Frutas:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Verduras:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Yuca/Chicha:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Maíz:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Arroz:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Plátano:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Chonta:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Palmito:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Enlatados:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Fideos:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
_____	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
_____	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0

26. ¿Dónde pesca usted?

Río Blanco:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Río Itaya:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Río Chorrera:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Río Jivino:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Río Pobre:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Río Thauanda:	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
_____	3 veces o más/semana	<input type="checkbox"/> 3	1-2 veces/semana	<input type="checkbox"/> 2	1-2 veces/mes	<input type="checkbox"/> 1	Nunca	<input type="checkbox"/> 0

27. ¿Qué tipo de peces pesca usted ahora?

28. ¿Qué tipo de peces pescaba usted anteriormente?

a1. ¿Hace cuánto de eso?

29. ¿Come usted frutas o verduras cultivadas dentro de la comunidad? Sí 1 No 0

a. ¿A qué distancia están los cultivos respecto la fuente de contaminación? _____ metros

30. ¿Existe comercio dentro de la comuna? Sí 1 No 0

a. ¿De qué tipo?

G. DAÑOS FAMILIARES EN LA SALUD

31. En general usted diría que la salud de su familia es:

Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5 Muy mala 6

32. ¿Considera que su salud se vio afectada por la explotación petrolera?

Nada 0 Poco 1 Bastante 2 Bastantísimo 3 No se 4

33. ¿Considera que su salud se vio afectada por los cultivos de la palmera africana?

Nada 0 Poco 1 Bastante 2 Bastantísimo 3 No se 4

34. ¿Considera que su salud se vio afectada por algún otro tipo de actividad? Sí 1 No 0

a. - ¿Cuál?

35. (PREGUNTA SÓLO PARA FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE YAMANUNKA)

¿Cuántos han enfermado en su familia por la contaminación desde que utilizaban el agua de llave?

Tipo de enfermedad	Nº de personas	Tipo de enfermedad	Nº de personas
Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Digestivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

36. ¿Cuántos han enfermado en su familia por la contaminación durante este año escolar?

Tipo de enfermedad	Nº de personas	Personas enfermas actualmente			
		en la actualidad	Edad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Respiratorios	_____	_____
Anexos	_____	_____
Digestivos	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

en la actualidad
en la actualidad
en la actualidad
en la actualidad
en la actualidad

Edad	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____

37. ¿Ha observado la presencia de alguna enfermedad desconocida? Sí 1 No 0

En caso afirmativo: Descripción _____

38. ¿Dónde suelen acudir para ser atendidos cuando se encuentran enfermos? _____

39. ¿Ha muerto alguien de la familia mientras vivía en la finca?

Nº

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| A a1. Edad <input type="checkbox"/> | a2. Sexo <input type="checkbox"/> | a3. Fecha <input type="checkbox"/> | a4. Lugar de diagnóstico _____ |
| a5. Causa de la muerte/síntomas _____ | | | |
| B b1. Edad <input type="checkbox"/> | b2. Sexo <input type="checkbox"/> | b3. Fecha <input type="checkbox"/> | b4. Lugar de diagnóstico _____ |
| b5. Causa de la muerte/síntomas _____ | | | |
| C c1. Edad <input type="checkbox"/> | c2. Sexo <input type="checkbox"/> | c3. Fecha <input type="checkbox"/> | c4. Lugar de diagnóstico _____ |
| c5. Causa de la muerte/síntomas _____ | | | |
| D d1. Edad <input type="checkbox"/> | d2. Sexo <input type="checkbox"/> | d3. Fecha <input type="checkbox"/> | d4. Lugar de diagnóstico _____ |
| d5. Causa de la muerte/síntomas _____ | | | |

40. Pregunta para mujeres en edad de gestación:

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Edad <input type="checkbox"/> | Hijos vivos <input type="checkbox"/> | Hijos muertos <input type="checkbox"/> | Partos* <input type="checkbox"/> | Abortos <input type="checkbox"/> | Embarazos* <input type="checkbox"/> |
| Edad <input type="checkbox"/> | Hijos vivos <input type="checkbox"/> | Hijos muertos <input type="checkbox"/> | Partos* <input type="checkbox"/> | Abortos <input type="checkbox"/> | Embarazos* <input type="checkbox"/> |
| Edad <input type="checkbox"/> | Hijos vivos <input type="checkbox"/> | Hijos muertos <input type="checkbox"/> | Partos* <input type="checkbox"/> | Abortos <input type="checkbox"/> | Embarazos* <input type="checkbox"/> |
| Edad <input type="checkbox"/> | Hijos vivos <input type="checkbox"/> | Hijos muertos <input type="checkbox"/> | Partos* <input type="checkbox"/> | Abortos <input type="checkbox"/> | Embarazos* <input type="checkbox"/> |

41. ¿Nacieron niños con malformaciones? Sí 1 No 0 a. ¿Cuántos? b. ¿Cuándo? _____

42. ¿Murieron niños con menos de 30 días? Sí 1 No 0 a. ¿Cuántos?
b. ¿Cuándo? _____

43. ¿Murieron niños de 1 a 12 meses? Sí 1 No 0 a. ¿Cuántos?
b. ¿Cuándo? _____

44. ¿Murieron niños de 1 a 5 años? Sí 1 No 0 a. ¿Cuántos?
b. ¿Cuándo? _____

c. ¿De qué murieron? _____

45. (NO PREGUNTAR EN LA ENTREVISTA) Nº niños menores de 5 años Nº niños desnutridos

H. DAÑOS ANIMALES POR LA CONTAMINACIÓN

46. ¿Han muerto animales a causa de la contaminación? Sí 1 No 0

a: ¿Tiene vacas? Sí 1 No 0 a1. Nº vivos a2. Nº muertos

a3. Causa de la muerte/efectos _____

a4. ¿Qué hicieron con ellos? _____

b: ¿Tiene cerdos? Sí 1 No 0 b1. Nº vivos b2. Nº muertos

b3. Causa de la muerte/efectos _____

b4. ¿Qué hicieron con ellos? _____

c: ¿Tiene gallinas? Sí 1 No 0 c1. Nº vivos c2. Nº muertos

c3. Causa de la muerte/efectos _____

c4. ¿Qué hicieron con ellos? _____

d: ¿Tiene caballos? Sí 1 No 0 d1. Nº vivos d2. Nº muertos

d3. Causa de la muerte/efectos _____

d4. ¿Qué hicieron con ellos? _____

e: ¿Tiene peces en piscinas? Sí 1 No 0 e1. Nº vivos e2. Nº muertos

e3.Causa de la muerte/efectos _____

e4.¿Qué hicieron con ellos? _____

f:¿Tiene otros domésticos? Sí 1 No 0 f1.Nº vivos f2. Nºmuertos

f3.Causa de la muerte/efectos _____

f4.¿Qué hicieron con ellos? _____

g:Otros de monte: g1.¿Qué tipo de animales murieron? _____

g2.Causa de la muerte/efectos _____

g3.¿Qué hicieron con ellos? _____

I. DAÑOS A LA TIERRA Y CULTIVOS

47.¿Qué extensión tiene su finca? Has _____

48.¿Qué tipo de cultivos tiene? Café 1 Arroz 2 Pastos 3 Maíz 4 Yuca 5
Frutales 6 _____49. ¿Ha habido daños en los cultivos a causa de la contaminación? Sí 1 No 0a1.Nº de Has afectadas a2.Tipo de cultivos afectados: Café 1 Arroz 2 Pastos 3Maíz 4 Yuca 5 Frutales 6 _____

a3.Tipo de daños detectados: _____

a4.¿Qué hacen con ellos? _____

J.CAMBIOS CULTURALES Y EN LA VIDA COTIDIANA

50.¿Cuál es la actividad económica de su familia? _____

51.¿Trabaja actualmente alguien de esta familia para alguna petrolera? Sí 1 No 0 ¿Cuántos? a. En caso afirmativo: ¿Para qué empresa trabaja? Texaco 1 Oxy 2 Petroecuador 3b. ¿Durante cuánto tiempo? años c. Edad añosd. ¿Cuál es su tarea? Machetean 1 Obreros 2 Vigilantes 3 Guías en la sísmica 4Recogen basuras tóxicas 5 Otros _____52.¿Trabajó alguien de esta familia para alguna petrolera? Sí 1 No 0 ¿Cuántos? a. En caso afirmativo: ¿Para qué empresa trabajó? Texaco 1 Oxy 2 Petroecuador 3b. ¿Durante cuánto tiempo? añosd. ¿Cuál era su tarea? Machetean 1 Obreros 2 Vigilantes 3 Guías en la sísmica 4Recogían basuras tóxicas 5 Otros _____53.¿Trabaja alguien de su familia en los cultivos de palmera africana? Sí 1 No 0 ¿Cuántos? a. ¿Durante cuánto tiempo? años b. Edad

c. ¿Cuál es su tarea? _____

54.¿Trabajó alguien de su familia en los cultivos de palmera africana? Sí 1 No 0 ¿Cuántos? a. ¿Durante cuánto tiempo? años

c. ¿Cuál era su tarea? _____

55.¿Cómo afectó a la comunidad la relación con la petrolera?

Les hizo más independientes 1 No les afectó 2 Les hizo más dependientes 3

a. ¿Por qué razón? _____

56.¿Cómo afectó a la comunidad la relación con la palmicultura?

Les hizo más independientes 1 No les afectó 2 Les hizo más dependientes 3

a. ¿Por qué razón? _____

57.¿Cómo les afecta a las comunidades el alcohol?

No afecta 0 Afecta un poco 1 Afecta bastante 2 Afecta bastantísimo 3

58. ¿De qué manera les afecta el alcohol?

a. Vida organizativa No 0 Sí 1 c. dependencia No 0 Sí 1b. Costumbres/creencias No 0 Sí 1 d. situación económica No 0 Sí 1

59.¿Cuáles cree que son las causas de los conflictos entre comunidades?

a-Dinero Annex 1 Nada 0 Poco 1 Bastante 2 Bastantísimo 3 No se 4

b-Petrolera Nada 0 Poco 1 Bastante 2 Bastantísimo 3 No se 4

c-Contacto con los colonos Nada 0 Poco 1 Bastante 2 Bastantísimo 3 No se 4

d-Otros _____

60;Ha notado algún tipo de cambio o pérdida del medio ambiente a causa de la contaminación?

OBSERVACIONES

HOJA DE REGISTRO DE PUNTOS GPS

HOJA DE REGISTRO DE PREESCOLARES

