ENCUESTA JUNAEB PARVULARIA 2024

Estimados padres, madres y/o apoderados: Necesitamos de su valiosa colaboración para responder voluntariamente esta encuesta de JUNAEB para medir ventajas y desventajas que enfrentan niños y niñas en la educación.

Los datos recolectados sirven para medir la condición de vulnerabilidad, aportar al desarrollo de políticas públicas que promueven el bienestar y apoyar la investigación sobre el desarrollo humano temprano.

Por favor responda todas las preguntas con la mayor precisión posible. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial en conformidad con la Ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada.

Desde ya agradecemos su participación.

RBD:							-	

PRE-KÍNDER Transición I		KÍNDER Transición II	

A. IDENTIFICACIÓN DEL/LA NIÑO/A:

RUN										-		Nombres	

Apellido Paterno		Apellido Materno	

Sexo			
Mujer		Hombre	

Fecha de Nacimiento									
		-			-				

1. Región y comuna de residencia del/la niño/a:

Región		Comuna	

2. Nacionalidad del/la niño/a: **3. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.**

Chilena	Extranjera		Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra
		➡								

4. Si la nacionalidad es extranjera, ¿hace cuánto tiempo vive en Chile?:

Registrar el tiempo, independientemente de su situación legal.

Años		Meses	

5. Nacionalidad de la Madre: **6. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.**

Chilena	Extranjera		Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra, Cuál?	No sabe
		➡									

7. Nacionalidad del Padre: **8. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.**

Chilena	Extranjera		Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra, ¿Cuál?	No sabe
		➡									

9. Pueblo originario: ¿El apoderado/a considera que el/ la niño/a se siente parte o pertenece a algún pueblo originario o tribal?:

Sí	No	No sabe

10. Si señaló SÍ, registre el pueblo originario o tribal del/la niño/a.

Aimara	Rapa Nui o Pascuense	Quechua	Mapuche	Lican Antai o Atacameña	Colla	Alacalufe o Kawashkar	Yagán o Yámana	Diaguita	Chango	Pueblo afrodescendiente	Selk' nam

La identidad de género hace referencia a cómo la persona se siente o se identifica respecto de su género, y esto puede concordar o no con su sexo biológico. La siguiente pregunta tiene como propósito identificar a la población trans y de género no conforme en la comunidad escolar a fin de mejorar los planes y políticas de acompañamiento e inclusión.

11. En cuanto a género, ¿su hijo/a se identifica cómo?: Responde registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente, o completando según la información solicitada.

Femenino	Masculino	Transfemenino	Transmasculino	No binario	Otro	No sabe	Prefiero No contestar

B. ANTECEDENTES DE LA FAMILIA DEL/LA NIÑO/A:

Responda registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente.

1. ¿Quién contesta la encuesta?	Padre y madre	Sólo la madre	Sólo el padre	Ambas madres*	Ambos padres*	Otro Familiar	Otro, no Familiar	Tutor o Apoderado Legal

* Sólo se marca si la familia es homoparental

2. ¿El/la Jefe/a de Familia posee RUN?	Sí		No	

3. RUN Jefe/a de Familia									-	

Estructura de la Familia:

Señale con una equis (X) en los casilleros respectivos todas las alternativas que correspondan según la pregunta:	Padre	Madre	Abuelo	Abuela	Hermano /a	Tío	Tía	Otro Familiar	Otro, No Familiar	Familia de Acogida	Residencia Mejor Niñez u otra de protección	Cuidador/a remunerado/a	Nadie	No sabe
4. ¿Con quién vive el/la niño/a?														
5. Indique el número de personas para cada parentesco marcado (*)														
6. ¿Qué integrante de la familia es el/la Jefe/a de Familia?														
7. ¿Hay algún familiar u otra persona que viva con el/la niño/a, que por motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas?														
8. ¿Quién cuida del niño o la niña los días de semana, fuera del horario escolar?														
9. ¿Quién apoya al niño o niña en las tareas o trabajos escolares?														

(*) Debe señalarse con números la cantidad de personas según el parentesco.

10. ¿Cuántos días en la semana el niño o niña queda solo/a por más de una hora?	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe

11. Si el/ la niño/a, no vive con la madre o el padre, ¿está bajo régimen de cuidado personal (tuición) legal o de mutuo acuerdo?	Sí	No	No sabe

12. ¿Cuántas personas, incluido/a el/la niño/a, viven en el hogar? *	

***No contestan quienes viven en Residencias del Servicio Mejor Niñez u otra residencia de protección.**

Antecedentes de escolaridad de los padres del/la niño/a:

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de la madre y del padre del/la niño/a. La escolaridad del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

¿Cuál fue el último año de estudios aprobado por?:	Ningún curso aprobado	Enseñanza Básica								Enseñanza Media				Educación Superior							Post Grado	No sabe/ No aplica
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º		
13. La madre																						
14. El padre																						
15. El jefe o jefa de familia																						

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de su otra madre y/o su otro padre:

¿Cuál fue el último año de estudios aprobado por?:	Ningún curso aprobado	Enseñanza Básica								Enseñanza Media				Educación Superior							Post Grado	No sabe/ No aplica
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º		
13.1 Otra madre																						
14.1 Otro padre																						

Marque con una equis (X) la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
16. La madre					
17. El padre					
18. El jefe o jefa de familia					

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee su otra madre y/o su otro padre:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
16.1. Otra madre					
17.1. Otro padre					

<u>Antecedentes de ocupación de los padres del/la niño/a:</u>

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la niño/a durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a por cuenta propia	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
19. De la madre												
20. Del padre												
21. Del jefe o jefa de familia												

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente (SÓLO UNA) la Situación Ocupacional que posee su otra madre y/o su otro padre durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a independiente	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
19.1 Otra madre												
20.1 Otro padre												

<u>Antecedentes de la vivienda que habita el/la niño/a:</u>

22. Clasifique cuál es el tipo de vivienda en la que vive el/la niño/a. Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la situación de la vivienda que habita.

Casa	Departamento en edificio	Pieza en casa antigua o conventillo	Mejora o mediagua	Rancho, choza	Vivienda tradicional indígena	Vivienda precaria de materiales reciclados (latas, plásticos, cartones)

23. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan SÓLO PARA DORMIR? (*) (**)	

(*) No contestan niños/as que viven en Residencias del Servicio Mejor Niñez u otra residencia de protección.
(**) Se debe contestar con números, según corresponda.

	Sí	No	No sabe
24. El/la niño/a, ¿tiene una cama de uso EXCLUSIVO para él/ella?			

	Sí	No	No, pero se habilita cuando se necesita	No Sabe
25. ¿Existe un espacio de la vivienda o inmediatamente fuera de ella, habilitado para el uso del/la niño/a que le permita jugar o realizar actividades en su tiempo libre?				
26. ¿La vivienda de la familia se encuentra accesible por cercanía (a menos de 20 cuadras) y/o tiempo de traslado a algún Servicio de Salud Público (Hospital, Consultorio de Atención Primaria, Centro de Salud Familiar (CESFAM)o Posta)?				
27. ¿La vivienda de la familia se encuentra cercana (a menos de 20 cuadras) a uno o más lugares públicos de recreación que le permita al/a la niño/a realizar juegos o actividades físicas y/o recreativas?				

28. Según su percepción, ¿Qué tan seguro es para el niño o niña jugar fuera de su casa, en el barrio, durante el día?	Muy seguro	Algo seguro	Poco seguro	Nada seguro	No sabe/ No desea responder

C. ANTECEDENTES DE SALUD DEL/LA NIÑO/A:

Condición de salud del/la niño/a:

1. **Según su percepción, en el último mes y comparado con otros/as niños/as de la misma edad ¿qué tan problemático ha sido para el/la niño/a completar una tarea o actividad?**

Para responder, por favor considere las ayudas que recibe el/la niña para realizar la actividad, ya sea ayuda de terceros, medicamentos que consume y todos los dispositivos de apoyo, tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, entre otros.

Nada problemático	Levemente problemático	Moderadamente problemático	Severamente problemático	Extremadamente problemático/ No puede hacerlo	No sabe

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la niño/a para realizar ciertas actividades, debido SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD y sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le ayudan	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Dificultad extrema / Imposibilidad	No sabe
2. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes?						
3. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?						
4. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar?						
5 ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle (comprenderlo) a usted y a otros?						
6. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender?						
7. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? Por ejemplo, cuando se le pide terminar una tarea o frente a una negación.						
8. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as?						

9. Debido a su salud, ¿el/la niño/a utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas?
(Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.)

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

10. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas debido a su salud?
Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

11. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la niño/a?

Desnutrido/a	En riesgo de desnutrición	Peso normal	Sobrepeso	Obeso/a

12. El/la niño/a, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera terapia, tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo?

Sí		NO		No sabe	

13. Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

Asma	Bronco Pulmonar	Diabetes tipo I	Diabetes tipo II	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad Celiaca	Dislipidemia	Alergia alimentaria	Intolerancia a la lactosa	Trastornos del espectro autista (TEA)	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de conducta alimentaria (TCA)	Trastorno depresivo	Otra enfermedad o condición de salud mental	Otra enfermedad o condición de salud física

Salud Bucal

14. Presencia de Caries

Una caries	Dos o más caries	No se observan caries	No se puede evaluar

15. Si tiene caries, ¿El niño/ la niña se encuentra en tratamiento dental?

Sí		No		No sabe	

16. El/la niño/a, ¿a qué edad visitó por primera vez al/la dentista?

Antes de los dos años	A los dos años	A los tres años	A los cuatro años	Después de los 4 años	No lo ha visitado	No sabe

17. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita del/la niño/a al/la dentista?

Control Odontológico (incluye atención en módulos dentales Junaeb)	Caries	Dolor	Traumatismo dental (causado por mordeduras, caídas o golpes)	Otro, ¿Cuál?	No sabe

18. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el/la niño/a ha visitado al dentista?

1 vez	2 veces	Más de 2 veces	No lo ha visitado	No sabe

19 ¿Algún profesional de la salud le ha enseñado a Ud. cómo cuidar la dentadura de su hijo/a o pupilo/a?

Sólo me informaron algo rápido, pero no aprendí nada.	Sí, me enseñaron y aprendí algunas cosas, pero aún tengo muchas dudas.	Sí, me enseñaron y me siento bien preparada/o para cuidar su dentadura.	Nunca me han enseñado cómo cuidar la salud bucal de mi niño/a.	No sabe.

Control Sano

20. El/la niño/a, ¿asiste regularmente a sus controles de salud (Control Sano u otros)?

Sí		No		No sabe	

21. ¿Cuál fue la fecha del último control de salud del/la niño/a?

Mes			Año							No sabe	

D. ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA Y ESTIMULACIÓN DEL/ DE LA NIÑO/A

Antecedentes Primera Infancia

Marque en la casilla de la derecha el número que corresponda	Años	No sabe
1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la niño/a?		
2. ¿Qué edad tenía la madre del/la niño/a al momento de su primer parto?		

3. ¿Cuánto pesó el/la niño/a al nacer?								
Peso		,				Grs.	No sabe	

	Sí	No	No sabe
4. ¿Fue prematuro/a? (nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos)			

	Sí	No	No sabe
5. ¿El embarazo del/la niño/a fue de riesgo? (por ejemplo: diabetes gestacional, embarazo ectópico, preeclampsia, entre otros.)			

6. El/la niño/a, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA?	No recibió lactancia materna	Entre 1 y 4 meses	Entre 5 y 6 meses	Más de 7 meses	No sabe

Antecedentes de la escolaridad del/la niño/a

Marque una equis (X) en la casilla correspondiente a la respuesta de cada una de las siguientes preguntas:		Sí	No	No sabe
El/la niño/a asistió a:	7. Sala cuna			
	8. Jardín Infantil (Nivel Medio)			
	9. Pre Kínder (Transición I)			

Paternidad

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la niño/a:	Sí, Siempre	Sólo en algunos períodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe
10. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la niño/a? (Juega con él/ella, lo/a lleva al establecimiento, lo/a lleva a médico, lo/a cuida cuando está enfermo/a, lo/la calma cuando llora, etc.)					

11. ¿Qué persona representa la figura paterna presente en la crianza del/la niño/a:

Padre biológico o adoptivo	Pareja de la madre	Hermano mayor	Tío	Abuelo	Otro familiar	Otro no familiar	No sabe/ No aplica

Estimulación y apoyo

Durante el ÚLTIMO MES, ¿con qué frecuencia usted o el/la cuidador/a principal ha realizado las siguientes actividades con el/la niño/a:	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
12. Leyó con él o ella o le contó historias?					
13. Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña?					
14. Pintó o escribió junto al niño o la niña?					
15. Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?					
16. Realizó alguna actividad deportiva o recreativa?					
17. Jugó con él o ella en una plaza o parque público?					
18. Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio?					

19. ¿Tiene el/la niño/a acceso en el hogar a un computador (PC, notebook o tablet) con conexión a internet para usarlo en sus actividades escolares?
Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde:

Sí, puede usarlo cada vez que lo necesita	Sí, pero no puede usarlo cada vez que lo necesita	No	No sabe

20. Considerando los últimos 7 días, señale con qué frecuencia, el/la niño/a realizó más de 30 minutos de actividades recreativas o físicas tanto en la casa como el establecimiento educacional.	Ninguna vez	1 vez a la semana	2 a 3 veces	4 veces	5 o más veces	No sabe/No responde

21. El niño o niña, ¿participa a lo menos una vez al mes en algún grupo u organización?

SÍ	NO	NO SABE

Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde

22. Si responde SÍ, señalar en cual(es) de las siguientes organizaciones participa:

Deportiva (clubes deportivos, ligas, asociaciones deportivas, etc.)	Scouts	Religiosa (pastoral, comunidad, etc.)	Artístico/ Cultural (grupo de danza, coros, grupo de teatro, etc.)	Activismo (Ecológico o medioambiental, animalista, etc.)	Otra

23. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la niño/a participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Considerando, por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras)	Sí	No	No sabe o no aplica

Crianza

24. La mayor parte del tiempo, la crianza de el/la niño/niña me resulta fácil…

Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe

A continuación, se describen diferentes situaciones que se podrían enfrentar durante la crianza de niños/as. Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde si, DURANTE EL ÚLTIMO MES, ha sentido que está viviendo algunas de ellas:	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
25. Siento que no tengo herramientas para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.			
26. Siento que no cuento con apoyo para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.			
27. En el contexto de la crianza, en ocasiones me siento solo/a y muy triste y sin ganas de hacer nada			
28. Siento que criar a mi hijo/a es demasiado desafiante y agobiante			

Cuento con apoyo para la crianza por parte de…	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe
29. Familia					
30. Instituciones públicas o privadas (Por ejemplo, CHCC u otras)					
31. Vecinos					
32. Amistades					
33. Programa 4 a 7 de Sernameg					
34. Otros					

35. En general, diría que la mayor parte del tiempo el/la niño/niña se ve:

Alegre	Triste	Enojado/a	Nervioso/Ansioso/a	Miedoso/a	Indiferente	No sabe

Considerando su experiencia durante el último año, ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra con las siguientes aseveraciones?	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
36. Considero que necesito apoyo profesional para acompañar la regulación emocional y el comportamiento de mi hijo/a			
37. Considero que mi hijo/a puede necesitar de algún apoyo para abordar sus emociones.			

38. Con relación a sus expectativas en cuanto a la educación de su hijo /a, ¿cuál cree que es el nivel de educación más alto que el/la niño/a podrá completar en el futuro? Marque con una X	No terminará la Enseñanza Básica	Completará la Enseñanza Básica	Completará la Enseñanza Media	Obtendrá un Título Técnico	Obtendrá un Título Profesional

E. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN EL ENTORNO FAMILIAR

La seguridad alimentaria se define como el acceso de todas las personas, en todo momento, a suficientes alimentos para llevar una vida activa y saludable. El acceso constante a alimentos adecuados y saludables es importante para la nutrición, el desarrollo psicosocial y la salud de niños y niñas. Dado lo anterior, le invitamos a responder las siguientes preguntas que buscan identificar el nivel de seguridad alimentaria familiar y el consumo de alimentos del niño o niña.

Seguridad Alimentaria

A continuación, se presentan una serie de situaciones asociadas a la alimentación. Marque con una X si EL NIÑO O LA NIÑA, USTED O ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA ha tenido que enfrentar algunas de estas situaciones en los ÚLTIMOS 12 MESES. Debe señalar sólo una opción.	Sí	No	No sabe	No recuerda
1. Preocupación por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero.				
2. No pudo comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero.				
3. Comió poca variedad de alimentos por falta de dinero.				
4. Dejó de desayunar, almorzar o cenar porque no había suficiente dinero.				
5. Comió menos de lo que debía por falta de dinero.				
6. Se quedó sin alimentos por falta de dinero.				
7. Sintió hambre, pero no había suficiente dinero para obtener alimentos.				
8. Dejó de comer todo un día por falta de dinero.				

Consumo de alimentos

¿Cuánta cantidad de cada uno de los siguientes alimentos consume HABITUALMENTE el niño o niña? Marque con una X sólo una opción por alimento.

Alimento y/o producto	1 unidad al día	2 a 3 unidades al día	4 a 5 unidades al día	6 o más unidades al día	1 a 2 unidades por semana	3 a 4 unidades por semana	1 o 2 unidades al mes	No consume	No sabe
9. Frutas (1 unidad= 1 fruta del tamaño de una pelota de tenis)									
10. Plato de verduras o ensaladas (1 unidad = 1 plato de entrada)									
11. Lácteos (1 unidad=1 taza de leche, o 1 yogurt o 1 lámina de queso o quesillo)									
12. Agua (1 unidad= 1 vaso de 200 ml)									
13. Legumbres (1 Unidad= 1 taza o un cucharón)									
14. Bebidas y jugos procesados (1 unidad= 1 vaso grande o 1 lata de 350 ml)									
15. Alimentos ultra procesados (con más de 5 ingredientes) o con sellos "ALTOS EN" (1 unidad= 1 paquete individual o una taza del producto)									
16. Pan 1 unidad = 1 pan tipo hallulla o 2 dientes de la marraqueta o 1 arepa o similar.									

17. ¿Cuál es el tipo de alimentación que practica el niño o la niña? Señale la opción elegida con una X.

Dieta omnívora	Dieta vegana	Dieta ovo-lacto-vegetariana	Dieta lacto-vegetariana	Dieta especial por condición de salud	No sabe
Come productos tanto de origen animal como vegetal.	Sólo come alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, granos y cereales, nueces y semillas). No come ningún producto animal (carnes rojas, aves, pescado, huevos, lácteos, incluso la miel).	Come huevos y productos lácteos, como leche, queso, yogurt, etc. No come carnes rojas, aves o pescado.	Consume productos lácteos y de origen vegetal. No come huevos ni carnes rojas, aves o pescado.		

18. Señale con una X, ¿Con qué frecuencia, el niño o la niña come porque se siente triste, deprimido/a, enojado/a, frustrado/a, ansioso/a o nervioso/a?

Nunca	Pocas veces	A veces	Siempre	No sabe

Entornos alimentarios (Acceso y disponibilidad de alimentos)

La familia, ¿ha tenido alguna dificultad para adquirir los siguientes alimentos? Marque con una X sólo una opción por alimento.	Sí	No	No consume	No sabe
19. Carnes				
20. Pescados, mariscos y algas				
21. Abarrotes (por ejemplo: arroz, fideos, conservas)				
22. Frutas				
23. Verduras				
24. Legumbres				
25. Lácteos				

26. Si ha tenido alguna dificultad para adquirir uno o más alimentos, responda ¿Cuáles problemas fueron? Marque con una X todas las alternativas que correspondan.	Falta de dinero	Falta de tiempo	Productos no disponibles en entorno cercano	Otros problemas

La familia, ¿cómo se abastece principalmente de los siguientes alimentos? Señale con una X la opción que más utiliza.	Negocios cercanos (almacén, mini market)	Supermercados	Del propio huerto o crianza	Intercambio con vecinos	Compra a vecinos	Caleta, mercado o feria	Marisca o pesca	Otro (ejemplo: olla común, comprando juntos, donaciones)	No aplica, no consume ese alimento	No sabe
27. Carnes										
28. Pescados, mariscos y algas										
29. Abarrotes										
30. Frutas										
31. Verduras										
32. Legumbres										
33. Lácteos										

34. ¿Con qué frecuencia, la familia se abastece de los alimentos? Marque con una X, la opción que más ocupa.	Diariamente	Una vez por semana	Cada quince días	Una vez al mes	No sabe

Programa de Alimentación Escolar Junaeb (PAE)

35. **Desde el inicio del año escolar 2024, ¿cuántas veces el niño o la niña ha recibido alimentación del PAE?**
    Marque con una X la alternativa que corresponde:

Todos los días	3 o más veces a la semana	Menos de 3 veces a la semana	Nunca	No sabe o no quiere responder

36. **Si el o la niño/a ha recibido alguna vez alimentación en el establecimiento, ¿Cuál o cuáles servicios recibió?**
    Marque con una X todas las alternativas que correspondan:

Desayuno	Almuerzo	Once	Cena	Tercer Servicio	Canasta celíaca

MUCHAS GRACIAS POR HABER COMPLETADO LA ENCUESTA.