

D. ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA Y ESTIMULACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE

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 estudiante?		
2. ¿Qué edad tenía la madre del/la estudiante al momento de su primer parto?		

3. ¿Cuánto pesó el/la estudiante al nacer?	No sabe	4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos).	Sí	No	No sabe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. El/la estudiante, ¿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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antecedentes de la escolaridad del/la estudiante

Marque una equis (X) en la casilla correspondiente a la respuesta de cada una de las siguientes preguntas:

	Sí	No	No sabe
El/la estudiante asistió a:			
6. Sala Cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jardín Infantil (Nivel Medio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pre Kinder (Transición I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 estudiante:

	Sí, siempre	Sólo en algunos períodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe
9. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la estudiante? (Juega con él/ella, lo/a lleva al establecimiento, lo/a lleva a médico, lo/a cuida cuando está enfermo/a, calmarlo/a cuando llora, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Qué persona representa la figura paterna presente en la crianza del/la estudiante:

Padre biológico o adoptivo	Pareja de la madre	Hermano mayor	Tío	Abuelo	Otro familiar	Otro no familiar	No sabe/ No aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 estudiante:

	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
11. Leyó con él o ella o le contó historias?	<input type="checkbox"/>				
12. Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña?	<input type="checkbox"/>				
13. Pintó o escribió junto al niño o la niña?	<input type="checkbox"/>				
14. Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?	<input type="checkbox"/>				
15. Realizó alguna actividad deportiva o recreativa?	<input type="checkbox"/>				
16. Jugó con él o ella en una plaza o parque público?	<input type="checkbox"/>				
17. Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio?	<input type="checkbox"/>				

18. Si el estudiante cursó pre kínder en un establecimiento municipal ¿Recibió RINJU? (Rincón de Juegos entregado por el Programa Chile Crece Contigo de Ministerio de Desarrollo Social)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. Si respondió SÍ en la pregunta anterior, señalar cuántas veces usaron el RINJU para jugar juntos durante el último mes:

Nunca	1 o 2 veces	3 a 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
<input type="text"/>				

20. ¿Tiene el/la estudiante 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. En los últimos 7 días, señale con qué frecuencia el estudiante realizó más de 30 minutos de actividades recreativas o físicas.

Ninguna vez	1 vez a la semana	2 a 3 veces	4 veces	5 o más veces	No sabe/No responde
<input type="text"/>					

Crianza

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

Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe
<input type="text"/>				

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	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
23. Siento que no tengo herramientas para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Siento que no cuento con apoyo para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. En el contexto de la crianza, en ocasiones me siento solo/a y muy triste y sin ganas de hacer nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Siento que criar a mi hijo/a es demasiado desafiante y agobiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuento con apoyo para la crianza por parte de...	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe
27. Familia	<input type="checkbox"/>				
28. Instituciones públicas o privadas (Por ejemplo, CHCC u otras)	<input type="checkbox"/>				
29. Vecinos	<input type="checkbox"/>				
30. Amistades	<input type="checkbox"/>				

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

Alegre	Triste	Enojado	Nervioso/Ansioso	Miedoso	No sabe
<input type="text"/>					

32. Considero que necesito apoyo profesional para acompañar la regulación emocional y el comportamiento de mi hijo/a:

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy en desacuerdo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

33. Considero que mi hijo/a puede necesitar de algún apoyo para abordar sus emociones.

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy en desacuerdo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la estudiante participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Considerando por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras)	Sí	No	No sabe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Encuesta Parvularia 2022



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

Los datos recolectados sirven para medir la condición de vulnerabilidad, informar el 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 se agradece su valiosa participación.

RBD:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pre Kinder Transición I	<input type="text"/>	Kinder Transición II	<input type="text"/>								
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	-------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A. IDENTIFICACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE:

RUN	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>											
Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>					
F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>													

1. Región y Comuna de Residencia

Región	Comuna
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Nacionalidad Estudiante

Chilena	Extranjera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.

Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra. ¿Cuál?
<input type="checkbox"/>							

4. Si la nacionalidad es extranjera, ¿Cuál es el tiempo de residencia en Chile? *Registrar el tiempo, independiente de su situación legal.*

Años	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

5. Nacionalidad de la Madre

Chilena	Extranjera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.

Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra. ¿Cuál?
<input type="checkbox"/>							

7. Nacionalidad del Padre

Chilena	Extranjera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si es extranjera, especifique cuál es la nacionalidad que posee.

Boliviana	Peruana	Argentina	Colombiana	Ecuatoriana	Haitiana	Venezolana	Otra. ¿Cuál?
<input type="checkbox"/>							

9. Pueblo originario: ¿El o la estudiante se siente parte o pertenece a algún pueblo originario o tribal?:

Si	No	No sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Aimara	Rapanui o Pascuense	Quechua	Mapuche	Lican Antai o Atacameña	Colla	Alacalufe o Kawashkar	Yagán o Yámana	Diaguita	Chango	Pueblo afrodescendiente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Muchas gracias por haber completado la encuesta.



JUNAE B
Ministerio de Educación
Junta Nacional de Auxilio
Escolar y Becas

