



ENCUESTA SOBRE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FISICA



ABORDANDO LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD A LA BASE DE LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN POBLACIONES VULNERABLES EN ASENTAMIENTOS INFORMALES Y MARGINALES EN MOMBASA Y VALPARAÍSO

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de
Institute of Education, University of London, UK

N° DE FOLIO

Formulario N°

.....

de

Buenos días (tardes), mi nombre es_____ (anotar nombre del encuestador), soy estudiante de Sociología de la Universidad de Valparaíso y estoy participando de un estudio del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Le agradecería unos minutos de su tiempo para poder responder algunas preguntas de los temas que le he mencionado. Para efectos del estudio, no interesan las opiniones individuales sino que la suma del conjunto de los habitantes. La información es estrictamente confidencial y los datos aportados se mantendrán de forma anónima.

IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR			
DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA			SECTOR
CALLE o AVENIDA o PASAJE:			
N°	DEPTO.	FONO:	N° DE ENCUESTA
POBLACIÓN:		CERRO:	

OBSERVACIONES

ENCUESTADOR	SUPERVISOR

2. PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA VIVIENDA

P08	Respecto del jefe de hogar, esta vivienda es o está:	
1	<input type="checkbox"/>	Propia (pagada totalmente)
2	<input type="checkbox"/>	Propia (pagando diviendo)
3	<input type="checkbox"/>	Arrendada
4	<input type="checkbox"/>	Cedida por trabajo o servicio
5	<input type="checkbox"/>	Cedida por familiar o son allegados
6	<input type="checkbox"/>	ocupación irregular o toma
P09	Tipo de vivienda	
1	<input type="checkbox"/>	Casa
2	<input type="checkbox"/>	Departamento en edificio
3	<input type="checkbox"/>	Piezas o Vivienda conventillo
4	<input type="checkbox"/>	Mediagua
5	<input type="checkbox"/>	Rancho, choza
P10	El material predominante en las paredes exteriores es:	
1	<input type="checkbox"/>	Hormigón armado, piedra
2	<input type="checkbox"/>	Ladrillo
3	<input type="checkbox"/>	Paneles estructuras, bloques (prefabricado)
4	<input type="checkbox"/>	Madera o tabique forrado
5	<input type="checkbox"/>	Intermit
6	<input type="checkbox"/>	Adobe, barro empajado
7	<input type="checkbox"/>	Desechos (lata, cartones, plásticos, etc.)
P11	El material predominante en el piso es:	
1	<input type="checkbox"/>	Parquet
2	<input type="checkbox"/>	Baldosín cerámico
3	<input type="checkbox"/>	Entablado (madera)
4	<input type="checkbox"/>	Piso flotante
5	<input type="checkbox"/>	Alfombra muro a muro
6	<input type="checkbox"/>	Baldosas de cemento
7	<input type="checkbox"/>	Plásticos (flexit, linóleo, etc.)
8	<input type="checkbox"/>	Ladrillo
9	<input type="checkbox"/>	Radier
10	<input type="checkbox"/>	Tierra
P12	En la cubierta del techo predomina:	
1	<input type="checkbox"/>	Tejas (arcilla, metálica, cemento)
2	<input type="checkbox"/>	Tejuela (madera, asfáltica)
3	<input type="checkbox"/>	Losa de hormigón
4	<input type="checkbox"/>	Zinc
5	<input type="checkbox"/>	Pizarreño
6	<input type="checkbox"/>	Fibra de vidrio / Femocolor
7	<input type="checkbox"/>	Fonolita
8	<input type="checkbox"/>	Paja embarrada
9	<input type="checkbox"/>	Desechos (lata, cartones, plásticos, etc.)
P13	El servicio higiénico (W.C) de esta vivienda es o esta:	
1	<input type="checkbox"/>	Conectado a alcantarillado
2	<input type="checkbox"/>	Conectado a fosa séptica
3	<input type="checkbox"/>	Cajón sobre pozo negro
4	<input type="checkbox"/>	No tiene servicio higiénico (WC)
P14	¿Cuántas piezas hay en este hogar y cuántas se usan como dormitorios?	
<div><div></div>Habitaciones<div></div>Dormitorios</div>		
Encuestador: Registre las respuestas usando los siguientes codigos. 1= Sí; 2=No; 3=No sabe; 4=No responde		
P15	¿Tiene este hogar alguno de los siguientes artefactos o servicios?	
1	<input type="checkbox"/>	Teléfono de red fija
2	<input type="checkbox"/>	Teléfono Celular
3	<input type="checkbox"/>	Computador, notebook
4	<input type="checkbox"/>	Conexión a internet
5	<input type="checkbox"/>	Calefont u otro sistema de agua caliente
6	<input type="checkbox"/>	Horno microondas
7	<input type="checkbox"/>	Horno convencional
8	<input type="checkbox"/>	Refrigerador
9	<input type="checkbox"/>	Lavadora de ropa
10	<input type="checkbox"/>	Televisor LCD o plasma
11	<input type="checkbox"/>	Conexión a cable
12	<input type="checkbox"/>	DVD o pasapelículas
13	<input type="checkbox"/>	Automovil para uso de trabajo
14	<input type="checkbox"/>	Automovil para uso particular

3. MODULO INDIVIDUAL

A continuación hay una serie de preguntas que se refieren a la opinión que usted tiene sobre algunos aspectos de su barrio o cerro

Encuestador: Registre las respuestas usando los siguientes codigos. Sí; 2=No; 3=No sabe; 4=No responde		1=
P16	¿Qué problemas de infraestructura y equipamiento identifica usted en su barrio o cerro? CONTESTE SÍ O NO	
1	<input type="checkbox"/>	Falta de plazas, áreas verdes, otras
2	<input type="checkbox"/>	Falta de infraestructura deportiva (canchas, gimnasios, pistas, circuitos, otras)
3	<input type="checkbox"/>	Falta de centros comunitarios, lugares de reunión social o recreación
4	<input type="checkbox"/>	Falta de locales comerciales o supermercados
5	<input type="checkbox"/>	Iluminación deficiente
6	<input type="checkbox"/>	Pavimentación insuficiente o en mal estado
7	<input type="checkbox"/>	Falta de teléfonos públicos
8	<input type="checkbox"/>	Otros _____
P17	¿Qué problemas relacionados con servicios comunitarios identifica en su barrio o cerro? CONTESTE SÍ O NO	
1	<input type="checkbox"/>	Falta o deficiencia de medios de transporte público
2	<input type="checkbox"/>	Falta o deficiencia de limpieza de calles y veredas
3	<input type="checkbox"/>	Falta de servicios básicos de salud: consultorio, CECOSF, SAPU, otro
4	<input type="checkbox"/>	Falta o deficiencia en el retiro de basura domiciliaria
5	<input type="checkbox"/>	Falta deSalas cunas y Jardines infantiles
6	<input type="checkbox"/>	Falta de establecimientos educacionales (escuelas, liceos)
7	<input type="checkbox"/>	Otros
P18	En general. ¿Qué tan segura/o se siente usted en su barrio o cerro?	
1	<input type="checkbox"/>	Muy segura/o
2	<input type="checkbox"/>	Bastante segura/o
3	<input type="checkbox"/>	Algo segura/o
4	<input type="checkbox"/>	Algo insegura/o
5	<input type="checkbox"/>	Bastante insegura/o
6	<input type="checkbox"/>	Muy insegura/o
7	<input type="checkbox"/>	N.S/N.R.
Las siguientes preguntas se refieren a su participación en diversas agrupaciones sociales.		
P19	Durante los últimos seis meses ¿Ud. ha participado o asistido a alguna de las siguientes actividades? (Conteste Sí o No)	
1	<input type="checkbox"/>	Actividades de alimentación saludable (talleres, cursos, concursos, exposiciones, otras)
2	<input type="checkbox"/>	Actividades deportivas o recreativas (caminatas, competencias, sesiones de gimnasia, baile o práctica deportiva)
3	<input type="checkbox"/>	Talleres o cursos de desarrollo personal (autocuidado de la salud física o mental, relaciones humanas, manejo del estrés, otros)

P20	Durante los ultimos 6 meses, en general ¿Con qué frecuencia participó Ud. en las siguientes organizaciones?							
ORGANIZACIONES		Todos los días	1 vez por semana	2 a 3 veces por mes	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca o casi nunca	NS/NR
1	Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, de hipertensos, de obesos, alcohólicos anónimos, grupos						Pase a P22	
2	Agrupación ideológica o corporativa (partido político, sindicato, colegios profesionales).						Pase a P22	
3	Organizaciones indígenas.						Pase a P22	
4	Agrupaciones artístico-culturales (grupo folclórico, de teatro, de música o baile, batucadas).						Pase a P22	
5	Agrupaciones juveniles o estudiantiles.						Pase a P22	
6	Club o grupo de adulto mayor.						Pase a P22	
7	Centros de padres y apoderados.						Pase a P22	
8	Grupos de voluntariado (damas de colores, cruz roja, institución de caridad).						Pase a P22	
9	Club deportivo o recreativo (de fútbol, de pesca, de juegos de mesa).						Pase a P22	
10	Organización religiosa o de iglesia.						Pase a P22	
11	Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de aguas, comité de allegados, otros).						Pase a P22	
12	Centros de madres.						Pase a P22	
13	Otra _____						Pase a P22	
P21	¿Cuál es la razón por la que participa en la organización mencionada? MARQUE SÓLO UNA, SI PARTICIPA EN MÁS DE UNA PIDALE QUE SE REFIERA A LA MÁS IMPORTANTE							
1	<input type="checkbox"/> Para distracción	4	<input type="checkbox"/> Porque le gusta	ORGANIZACIÓN PRINCIPAL <div></div>				
2	<input type="checkbox"/> Para obtener beneficios materiales (bonos, descuentos, regalos, dinero, etc)	5	<input type="checkbox"/> Para contribuir a la sociedad					
		6	<input type="checkbox"/> Por obligación					
3	<input type="checkbox"/> Para mejorar su salud	7	<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____					

ASPECTOS GENERALES DE PERCEPCIÓN DE BIENESTAR Y SALUD.

A continuación hay una serie de preguntas que hacen referencia a cómo se siente en distintos aspectos de su vida y con su estado de salud.

Ud. tiene que poner una nota de 1 a 7, donde el 1 es cuando Ud. se siente muy mal y el 7 cuando Ud. se siente muy bien.

P22	¿Cómo se siente Ud....?	NOTA (Marcar con una X)							
		Muy mal	Mal	Menos que regular	Regular	Más que regular	Bien	Muy bien	NS/NR
1	...Con la cantidad de dinero que entra al hogar?	1	2	3	4	5	6	7	9
2	...Con su condición física?	1	2	3	4	5	6	7	9
3	...Con su bienestar mental o emocional?	1	2	3	4	5	6	7	9
4	...Con la cantidad de diversión, entretención que tiene en su vida?	1	2	3	4	5	6	7	9
5	...Con la vida familiar?	1	2	3	4	5	6	7	9
6	...Con su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7	9
7	En general, Ud. diría que su salud está:	1	2	3	4	5	6	7	9

Las siguientes preguntas hacen referencia a la alimentación de usted y su familia.

P23	En la última semana (de lunes a domingo), ¿Con qué frecuencia su grupo familiar consumió los siguientes alimentos?												
Alimentos	Todos los días	4-6 días a la semana	2-3 días a la semana	1 vez a la semana	Oca-sional o nunca	NS. NR.	Alimentos	Todos los días	4-6 días a la semana	2-3 días a la semana	1 vez a la semana	Oca-sional o nunca	NS. NR.
Verduras	1	2	3	4	5	9	Pan, galletas, fideos, cereales, papas, arroz, pantrucas	1	2	3	4	5	9
Frutas	1	2	3	4	5	9							
Legumbres (lentejas, porotos, garbanzos)	1	2	3	4	5	9	Pescados (no mariscos)	1	2	3	4	5	9
Papas fritas, mayonesa, margarina, sopaipillas, frituras, mantequilla	1	2	3	4	5	9	Mariscos	1	2	3	4	5	9
Bebidas gaseosas	1	2	3	4	5	9	Carne, pollo, pavo, huevos	1	2	3	4	5	9
Embutidos, Cecinas (salchichas, salame, Longanizas, jamón, etc.)	1	2	3	4	5	9	Tortas, dulces, helado, pasteles, chocolate, queque, calzones rotos, roscas	1	2	3	4	5	9
Leche, queso, quesillo, Yogurt	1	2	3	4	5	9	Aceite vegetal (maravilla, oliva, maiz), paltas, nueces, almendras	1	2	3	4	5	9

P24

¿Con qué frecuencia usted toma desayuno?

1

☐

Todos los días

2

☐

Casi siempre

3

☐

A veces

4

☐

Nunca

Pase a P26

P25

En un desayuno habitual: ¿Consume estos tipos de alimentos?
(Conteste Sí o No)

1

☐

Te, café

2

☐

Leche, yogurt, quesillo

3

☐

Pan, galletas, cereales

4

☐

Frutas

5

☐

Tortas, dulces, pasteles, queque, etc.

P26

¿Con qué frecuencia su hijo/hija (señale otra relación si corresponde) desayuna en casa?

1

☐

Todos los días

2

☐

Casi siempre

3

☐

A veces

4

☐

Los fines de semana

5

☐

Nunca, ¿porqué? _____

Pase a P28

P27

En un desayuno habitual de _____ (mensione el nombre de niño/a índice):
¿Consume estos tipos de alimentos? (Conteste Sí o No)

1

☐

Te, café

2

☐

Leche, yogurt, quesillo

3

☐

Pan, galletas, cereales

4

☐

Frutas

5

☐

Tortas, dulces, pasteles, queque, calzones rotos, roscas, etc.

P28

¿Ud. le agrega sal a las comidas en la mesa?

1

☐

Siempre, antes de probar la comida

2

☐

Sólo cuando la comida no tiene suficiente sal

3

☐

Nunca

P29

¿Ud. le agrega sal a las comidas de su hijo/hija (señale otra relación si corresponde) en la mesa?

1

☐

Siempre, antes de que pruebe la comida

2

☐

Sólo cuando la comida no tiene suficiente sal

3

☐

Nunca

P30

¿Quién realiza, principalmente, las compras de alimentos en su hogar?

1

☐

Entrevistada/o

Otro miembro de la familia

2

☐

Esposo/a

3

☐

Conviviente

4

☐

Madre

5

☐

Padre

6

☐

Otra/o: _____

Pasar a P34

Códigos		
P32 - Motivo principal		P3
1 Los precios son accequibles	7 Siempre he realizado las compras ahi	1 Caminando 8 Otro
2 Buena oferta de alimentos saludables	8 La venta de otros productos, distintos de comida, permiten hacer todas las compreas en el mismo lugar	2 En bicicleta 9 N.S./N.R.
3 Buena calidad de los alimentos	9 La comida es fresca	3 En motocicleta
4 Rapidos o facil de acceder	10 El local es limpio	4 En Micro/colectivo
5 Amplia gama de alimentos disponibles	11 Otra _____	5 En Automovil propio, del hogar
6 Mis familiares y amigos van a ese lugar	12 N.S./N.R.	6 En Automovil de otras personas
		7 Tren/metrotren

P31

¿En cuál o cuáles de los sigientes lugares Usted compra la mayoría de los alimentos? (máximo 3 respuestas)

1

☐

Vendedor ambulante

2

☐

Negocios de su barrio (menestras, minimarket)

3

☐

Negocios del cerro, fuera del barrio (menestras, minimarket)

4

☐

Feria en el cerro

5

☐

Feria o mercado en el Plan

6

☐

Supermercados o negocios del plan

7

☐

otro _____

P32

¿Cuál es el motivo principal por que usted compra en _____?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

P33

¿De qué forma viaja a comprar a _____?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

P34

¿Cuáles de las siguientes razones considera usted que limitan su elección de alimentos al ir de compras? (máximo 3 respuestas)

1

☐

La capacidad de almacenar comida

2

☐

El mal equipamiento de mi cocina para cocinar

3

☐

El no saber cocinar algunos alimentos

4

☐

La capacidad de cargar y transportar los alimentos

5

☐

La comida se echa a perder antes de ser consumida

6

☐

El difícil acceso a los lugares de venta de comida

7

☐

Dificultades de ir de compras debido a la edad y/o a problemas físicos (discapacidad).

8

☐

Dificultades de ir de compras con niños/as

9

☐

Otra _____

10

☐

Ninguna

11

☐

N.S./N.R.

P35

¿Cuáles de los siguientes factores considera usted que influyen en su elección de alimentos al ir de compras? (máximo 3 respuestas)

1

☐

El costo de los alimentos o el presupuesto familiar

2

☐

Comer ciertos alimentos por indicación médica o no comerlos por la misma razón

3

☐

Compro lo que a mi esposo/a, conviviente le gusta comer

4

☐

Compro lo que a mi me gusta comer

5

☐

Compro lo que a mis hijos/as les gusta comer

6

☐

Intentar consumir una dieta saludable y balanceada

7

☐

La publicidad de alimentos

8

☐

Los programas, noticias acerca de comida en medios de comunicación (TV, Radio, diarios, revistas)

9

☐

El tipo de comida que mis familiares o mis amigos compran

10

☐

Si mis hijos/as van a comprar conmigo

11

☐

Si mi esposo/a va a comprar conmigo

12

☐

Si tengo hambre o no

13

☐

Motivos religiosos o culturales

14

☐

Soy vegetariana/o

15

☐

Otra _____

16

☐

Ninguna

P36

¿Cómo describiría usted una alimentacion saludable? ¿Qué debería contener?

P37	Respecto de los locales de venta de comida que hay en mi barrio: ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo esta usted con las siguientes				
	Locales venta de comida	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	N.S./ N.R.
1	Tienen venta permanente de frutas y verduras	1	2	3	9
2	Tienen frutas y verduras frescas y de buena calidad	1	2	3	9
3	No venden productos lacteos descremados (leche, yogurt, quesillo)	1	2	3	9
4	Generalmente tienen dulces, golosinas, papas fritas ramitas, etc.	1	2	3	9
5	Tienen una buena oferta de arroz y fideos	1	2	3	9
6	Generalmente son más caros que en cualquier otra parte	1	2	3	9
7	No entregan informacion sobre comida saludable	1	2	3	9
8	Tienen venta permanente de carne, pollo, pavo, huevo	1	2	3	9
9	Tienen venta permanente de embutidos y cecinas	1	2	3	9

Considerando la última semana, de lunes a domingo:

P38

¿Cuántas veces almorzó o cenó en su casa? Me refiero a la comida principal del día

N° de comidas preparadas en su hogar

P39

Cuántas veces comió alimentos comprados para llevar ya preparados, como por ejemplo empanadas, completos, etc?

N° de comidas fuera del hogar

P40

¿Cuántas veces comió en un restaurant o fuente de soda?

N° de comidas fuera del hogar

P41

¿Con qué frecuencia cocinan o preparan el almuerzo o cena en su hogar?

1

Todos los días (de lunes a domingo)

2

5 a 6 días por semana

3

3 a 4 días por semana

4

1 o 2 días por semana

5

menos que una vez a la semana

6

Sólo en ocaciones especiales

7

Nunca

8

N.S./N.R.

P42

¿Cuál de las siguientes frases refleja mejor la situación respecto de la

1

La cocina es una habitación independiente y separada, solamente para el uso de mi grupo familiar

2

La cocina es una habitación independiente y separada, compartida con otro grupo familiar

3

Mi hogar cuenta con instalaciones para cocinar solo para el grupo familiar, pero no en una habitación separada

4

Otra cosa

5

N.S./N.R.

P43

¿Con qué elementos de esta lista cuenta su cocina?

CONTESTE SÍ O NO

1

Cocina con 4 quemadores

2

Cocina con 2 quemadores

3

Sarten antiadherente

4

Sarten para freir

5

Olla a presión

6

Juguera o licuadora

7

Procesadora de alimentos (la un-dos-tres)

8

Ninguno de estos

9

Otra cosa

10

N.S./N.R.

P44

¿Qué tan segura/o se siente de preparar alimnetos en vez de comprar alimentos ya preparados?

1

Muy segura/o

2

Algo segura/o

3

Insegura/o

4

Nunca compro alimentos ya preparados congelados

5

No cocino

6

N.S./N.R.

Pasar a P47

P45

De las siguientes formas de cocinar ¿Cuáles de ellas ocupa cotidianamente? CONTESTE SÍ O NO

1

Hervir

2

Hornear

3

Cocinar con Microondas

4

Freir

5

Sofreir

6

Cocinar a la cacerola (olla)

7

Cocina al vapor

8

Ninguna de estas

9

N.S./N.R.

P46

De los siguinetes tipos de alimentos ¿Cuáles de ellos a usted le quedan bien preparados? CONTESTE SÍ O NO

1

Carnes rojas

2

Pollo/pavo

3

Pescado/mariscos

4

Legumbres (porotos, lentejas, garbanzos)

5

Tallarines, fideos

6

Arroz

7

Papas, zapallo camote

8

Choclo

9

Verduras de hoja y tallo (espinaca, acelga, esparrago)

10

Vegetales de raíz (rabanos, zanahorias, cebolla, ajo)

11

Verduras crudas (lechuga, tomates, pepinos, paltas)

12

Coliflor, brocoli, alcachofas

13

Zapallo italiano, berenjenas

14

Ninguno de ellos

15

N.S./N.R.

P47

¿Alguna vez come alguna comida, por ejemplo: desayuno, almuerzo, once o cena, en su hogar con sus hijos/as? (señale otra relación si corresponde)

1

Si

2

No

3

N.S./N.R.

Pasar a P51

P48

¿Qué tan frecuente come alguna comida en casa con sus hijos/as? (señale otra relación si corresponde)

1

2 o 3 veces al día

2

1 vez al día

3

Cada 2 o 3 días

4

Cada 4 o 5 días

5

Menos de una vez por semana

6

Una vez por semana

7

N.S./N.R.

Las siguientes preguntas hacen referencia a la actividad física que usted realiza.

P49

¿Cuáles de las siguientes frases describe de mejor manera los momentos en que usted come en familia?

1

☐

Frecuentemente yo disfruto de comer en familia

2

☐

Algunas veces disfruto de comer en familia

3

☐

Frecuentemente, comer en familia no es agradable

4

☐

En general, el tiempo de comida en familia, frecuentemente, es tan apresurado que no puedo darme cuenta si los disfruto o no

5

☐

Ninguna de estas

6

☐

N.S./N.R.

P50

¿En dónde comen regularmente usted y su familia?

1

☐

En una mesa en comedor, cocina o living

2

☐

En una mesa en comedor, cocina o living, frente a la TV

3

☐

En el comedor, cocina o living, pero no en una mesa

4

☐

En el comedor, cocina o living, pero no en una mesa, frente a la TV

5

☐

Depende

6

☐

Nunca comemos en casa

7

☐

Otra

8

☐

N.S./N.R.

P51

En relación a su actividad física

¿Con qué frase Ud. se siente más identificado(a)?

1

☐

Pasa la mayor parte del tiempo sentado(a) y camina poco

2

☐

Camina bastante, pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso

3

☐

Hace esfuerzos vigorosos frecuentemente

4

☐

Su actividad es habitualmente vigorosa y de mucho esfuerzo

P52

En el último mes ¿Practicó Ud. deporte o realizó actividad física, fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?

1

☐

3 o más veces por semana

2

☐

1 a 2 veces por semana

3

☐

Menos de 1 vez a la semana

4

☐

No realizó actividad física en el mes

Pasar a P54

P53

Si Ud. no practicó actividad física en el último mes, o lo hizo menos de 1 vez por semana, indique

¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física?

1

☐

Su salud no se lo permite

2

☐

No le interesa o no le motiva

3

☐

No tuvo tiempo

4

☐

No tiene lugares donde hacerlo

5

☐

No le alcanza la plata para hacerlo

6

☐

Otra

P54

Independiente de si practica o no deporte o actividad física, si usted tuviera que realizar alguna gestión para mejorar el servicio deportivo en su comunidad (por ejemplo, solicitar un recinto deportivo, talleres y/o escuelas deportivas o que se organizaran campeonatos deportivos) ¿a qué lugar cree usted que debería dirigirse? No lea las alternativas registre sólo una alternativa en mención espontanea. Si no hay mención espontanea lea las alternativas registre sólo una alternativa en mención asistida.

ALTERNATIVAS	MENCIÓN	
	ESPONTÁNEA	ASISTIDA
Municipalidad	1	1
Instituto Nacional del Deporte (Chiledeportes)	2	2
Ministerio de Educación	3	3
Ministerio de Salud	4	4
Federaciones deportivas	5	5
Comité Olímpico de Chile	6	6
Congreso (diputados, senadores)	7	7
Empresas	8	8
Junta de Vecinos	9	9
Otro. Especifique NO LEER	10	10
N.S./N.R. NO LEER	99	99

4. MODULO INFANTIL

Las siguientes preguntas tienen relación con (diga el nombre del niño/a índice)

P55

"Durante un mes regular del año (sin vacaciones), ¿Dónde recibe cuidados... (Diga el nombre del niño/a) y quien o quienes se los provee principalmente?"

Lugar donde recibe cuidados: (Máximo 3)

1

En la casa por la madre

☐

2

En la casa por el padre

☐

3

En la casa por hermanos mayores

☐

4

En la casa por el abuelo/a

☐

5

En la casa por otro familiar

☐

6

En la casa por una persona contratada para estos efectos.

☐

7

En casa de vecina sin pagar

☐

8

Jardín infantil o sala cuna (JUNJI / Integra / Colegio)

☐

9

Fuera de la casa por un familiar

☐

10

Fuera de la casa por una vecina a la que se le paga

☐

11

Otro

☐

P56

En el caso de no mencionar el Jardín infantil o sala cuna, ¿Asiste (Diga el nombre del niño/a) a la Sala Cuna o Jardín Infatil?

Asistencia a Sala Cuna o Jardín Infatil:

1

Si

☐

Pasar a P58

2

No

☐

3

N.S./N.R.

☐

P57

En el caso de no asistir a Jardín Infantil o Sala Cuna, ¿Por qué no asiste (Diga el nombre del niño/a) a la Sala Cuna o Jardín Infnatil?

Motivo por el que no asiste a Jardín Infantil o Sala Cuna: CONTESTE SI O NO

1

No hay cupos

☐

2

El horario dea pertura no cohincide con el horario de mi trabajo

☐

3

No necesita ir a Jardín Infantil o Sala Cuna

☐

4

El Jardín Infantil o Sala Cuna queda lejos

☐

5

No le da confianza

☐

6

Otro:

☐

7

N.S./N.R.

☐

INSTRUCCIONES: EN ESTA SECCIÓN USTED TENDRÁ QUE MARCAR SÍ O NO, PERO NO SUGIERA ESTAS OPCIONES AL ENTREVISTADO (A)

- MARCAR COMO “**SÍ**” LAS SIGUIENTES RESPUESTAS: "CASI SIEMPRE", "LA MAYORÍA DE LAS VECES"
- MARCAR COMO “**NO**” LAS SIGUIENTES RESPUESTAS: "CASI NUNCA", "A VECES", "DE REPENTE", "NO SABRÍA DECIRLE"

Las siguientes preguntas se refieren a conductas y/o prácticas de _____ (mencione el nombre del niño/a) en su vida cotidiana

P58	CONDUCTAS (Siempre diga el nombre del niño o niña)		
		Sí	No
1	Le agrega sal a las comidas	1	2
2	Le agrega azucar a las comidas	1	2
3	Rechaza comer verduras	1	2
4	Rechaza comer frutas	1	2
5	Bebe bebidas gaseosas	1	2
6	Bebe agua	1	2
7	bebe jugos en cajita	1	2
8	Come fuera del horario de sus comidas	1	2
9	Pide comida fuera del horario de sus comidas	1	2
10	Come en la mesa con el resto de la familia	1	2
11	Esta viendo TV masa de una hora al día	1	2
12	Juega con consolas de videojuegos (playstation) y/o computadores	1	2
13	Cuando salen a pasear come helados, churros, cabritas, chocolate, algodón de azucar,	1	2
14	Cuando salen a pasear come papas fritas, ramitas, sopaipillas, completos, etc.	1	2
15	Realiza pataletas para conseguir algún tipo de comida	1	2
16	En el caso de realizar pataletas para conseguir algún tipo de comida, se le da lo que quiere	1	2

P59	Considerando sólo juegos activos (donde el niño/a esta en movimiento)		
17	Sale a jugar al patio	1	2
18	Sale a jugar a la calle o a la plaza	1	2
19	Juega con otros niños/as del barrio	1	2
20	Juega con sus hermanos	1	2
21	Juega con adultos	1	2

P60	Considerando los fines de semana en que usted dispone de tiempo libre para pasar con _____ (mencione el nombre del niño/a), ¿qué actividades realizan generalmente?		
1	Ven televisión	1	2
2	Juegan con el playstation, computador o videojuegos	1	2
3	Juegan con juguetes del niño/a dentro de la casa	1	2
4	Juegan en el patio de la casa	1	2
5	Salen a jugar a la calle	1	2
6	Salen a pasear, en el verano lo lleva a la playa en invierno a plazas, parques, etc.	1	2
7	No dispongo de tiempo libre para pasar con _____ (mencione el nombre del niño/a)	1	2

ENCUESTADOR: Agradezca a nombre del equipo investigador la colaboración entregada por el informante para contestar esta encuesta y la importancia que ello tiene para el futuro proyecto de intervencón en sobrepeso infantil que se realizará en el barrio.