

Fecha de entrevista:

12/03/75

#10

Fecha de entrevista:

12/03/75

Número de boleta:

#11

#### DATOS GENERALES

Departamento: Guatemala

Municipio: San José del Cielo

Seleccione comunidad: Licitación la Familia

Nombre del encuestador: Gabriel Martínez

Sexo del encuestador: Masculino

Femenino

Nombre de la mujer: Maria Perez

Edad: 29

Tipo de encuesta: Embarazada

Madre de niño/a menor de 6 meses

madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

#### 1. HIGIENE BÁSICA

##### LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

Antes de comer

Antes de cocinar

Antes de dar de comer

Despues de usar la letrina

Despues de cambiar pañales

Despues de hacer la limpieza

Despues de tocar dinero

Cuando las tiene sucias

##### OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

Ambientes separados

Cocina limpia y ordenada

Camas tendidas

Floreros y recipientes de agua limpios

Ropa limpia y ordenada

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

##### Fuera de la vivienda

No hay basura acumulada o regada

No hay heces fecales o popo

Toneles tapados

Pilas limpias y cepilladas

Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral

Cunetas

Letrinas limpias (dentro y fuera)

X
X
X

#### 2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si X

No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal

X

Enfermedades de la piel

### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

- |                  |   |
|------------------|---|
| Hervir el agua   |   |
| Clorar           |   |
| SODIS            |   |
| Filtrar el agua  |   |
| Agua embotellada | X |

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?

Si

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la

No

respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Clorada por la Municipalidad

Clorada en casa

Esta de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?

Si

No

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

¿Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal

Enfermedades de la piel

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?

Si

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la

No

respuesta es No, avanzar

Que se puede hacer?

Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético)

Sumideros

Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal)

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la

No

respuesta es No, avanzar

Cuantos?

- |   |  |
|---|--|
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la

No

respuesta es No, avanzar

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención


En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

No

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación


#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacido le dio pecho a su hijo menor?

1 hora	<input checked="" type="checkbox"/>
1 - 24 horas	_____
2 horas	_____
2 días	_____

Qué hace mientras le da pacio o alimento a su hijo/a?

Nada   
Algo \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Algo, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es Nada, avanzar

Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebe


Lo acaricia, hace juegos con el/ella


Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si \_\_\_\_\_  
No

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

edad en meses de su hijo/a

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

13
14
15
16
7
8
9
20
21
22
23
24

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

13
14
15
16
7
8
9
20
21
22
23
24

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

Violencia psicológica

Violencia física

Agresiones sexuales

Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

en ninguna ocasión

cuando no hace caso

cuando no hacen sus tareas

cuando contestan mal

cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

dialogando

regañándole

gritándole

pegándole

ignorándole

Fecha de entrevista: 12/03/25  
Número de boleta: #2

DATOS GENERALES

Departamento: Cauca  
Municipio: San José del Cauca  
Selección comunitaria: Integración la Familia  
Nombre del encuestador: Gabriel Martínez  
Sexo del encuestador: Masculino Femenino  
Nombre de la mujer: Jennifer Solorzano  
Edad: 26

Tipo de encuesta: Embarazada  
Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

1. HIGIENE BÁSICA

LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

Antes de comer	X
Antes de cocinar	y
Antes de dar de comer	y
Después de usar la letrina	y
Después de cambiar pañales	y
Después de hacer la limpieza	y
Después de tocar dinero	y
Cuando las tiene sucias	y

OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

Ambientes separados	
Cocina limpia y ordenada	
Camas tendidas	
Floreros y recipientes de agua limpios	
Ropa limpia y ordenada	

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

Fuera de la vivienda

No hay basura acumulada o regada	X
No hay heces fecales o popo	y
Toneles tapados	
Pilas limpias y cepilladas	
Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral	
Cunetas	
Letrinas limpias (dentro y fuera)	y

2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si y Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal	y
Enfermedades de la piel	

### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

Hervir el agua	<input checked="" type="checkbox"/>
Clorar	<input checked="" type="checkbox"/>
SODIS	<input type="checkbox"/>
Filtrar el agua	<input type="checkbox"/>
Agua embotellada	<input checked="" type="checkbox"/>

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Clorada por la Municipalidad

Clorada en casa

Esta de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?

Si   
No \_\_\_\_\_

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que se puede hacer?

Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético)	<input type="checkbox"/>
Sumideros	<input type="checkbox"/>

Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal)

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Cuantos?

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención

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

En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la

No  respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación


#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacido le dio pecho a su hijo menor?

1 hora	<input checked="" type="checkbox"/>
1 - 24 horas	
2 horas	
2 días	

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?

Nada \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Algo, contestar las siguiente pregunta. Si la  
Algo  respuesta es Nada, avanzar

Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebe

Lo acaricia, hace juegos con el/ella

Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

edad en meses de su hijo/a

1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	
3	
4	
5	
6	<input checked="" type="checkbox"/>
7	
8	
9	
10	
11	
12	

13	
14	
15	
16	
7	
8	
9	
20	
21	
22	
23	
24	

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

1	
2	<input checked="" type="checkbox"/>
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

13	
14	
15	
16	
7	
8	
9	
20	
21	
22	
23	
24	

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No X

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Agresiones sexuales
- Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

- en ninguna ocasión
- cuando no hace caso
- cuando no hacen sus tareas
- cuando contestan mal
- cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

- dialogando
- regañándole
- gritándole
- pegándole
- ignorándole

Fecha de entrevista:  
Número de boleta:

12/03/25

Departamento: Guatemala

Municipio: San Jose del Olmo

Seleccione comunidad: Integración la Familia

Nombre del encuestador: Gabriel Martinez

Sexo del encuestador: Masculino

Femenino

Nombre de la mujer: Paula Barrios

Edad: 30

Tipo de encuesta:

Embarazada

Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

## 1. HIGIENE BÁSICA

### LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

Antes de comer

Antes de cocinar

Antes de dar de comer

Después de usar la letrina

Después de cambiar pañales

Después de hacer la limpieza

Después de tocar dinero

Cuando las tiene sucias

X
X

### OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

Ambientes separados

X

Cocina limpia y ordenada

X

Camas tendidas

X

Floreros y recipientes de agua limpios

X

Ropa limpia y ordenada


Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

### Fuera de la vivienda

No hay basura acumulada o regada

X

No hay heces fecales o popo

X

Toneles tapados

X

Pilas limpias y cepilladas


Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral

X

Cunetas


Letrinas limpias (dentro y fuera)


## 2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si X

No

Si la respuesta es Si, contestar la siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal

X

Enfermedades de la piel

--

### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

- |                  |   |
|------------------|---|
| Hervir el agua   | X |
| Clorar           |   |
| SODIS            |   |
| Filtrar el agua  | X |
| Agua embotellada | X |

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Clorada por la Municipalidad | X |
| Clorada en casa              |   |

Esta de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ X

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

- |   |   |
|---|---|
| Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal | X |
| Enfermedades de la piel                         |   |

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No \_\_\_\_\_ X

Que se puede hacer?

- |   |  |
|---|--|
| Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético)         |  |
| Sumideros   |  |
| Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal) |  |

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si \_\_\_\_\_ X Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No \_\_\_\_\_

Cuantos?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | X |
| 2 | X |
| 3 | X |
| 4 | X |

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si \_\_\_\_\_ X Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No \_\_\_\_\_

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar  
Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan  
Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención

X

En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si \_\_\_\_\_

No

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación


#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacer dio pecho a su hijo menor?

1 hora

1 - 24 horas

2 horas

2 días

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?

Nada

Algo

Si la respuesta es Algo, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es Nada, avanzar

Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebe

Lo acaricia, hace juegos con el/ella

Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la

respuesta es No, avanzar

No

edad en meses de su hijo/a

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

7

8

9

20

21

22

23

24

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

7

8

9

20

21

22

23

24

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No X \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Agresiones sexuales
- Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

- en ninguna ocasión
- cuando no hace caso
- cuando no hacen sus tareas
- cuando contestan mal
- cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

- dialogando
- regañándole
- gritándole
- pegándole
- ignorándole

Fecha de entrevista: 12/03/25  
Número de boleta: #4

DATOS GENERALES

Departamento: Guatemala  
Municipio: San José del Cedral  
Selección comunitaria: Intercambio Familiar  
Nombre del encuestador: Gabriel García  
Sexo del encuestador: Masculino Femenino  
Nombre de la mujer: Sofía Caseres  
Edad: 28

Tipo de encuesta: Embarazada  
Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

1. HIGIENE BÁSICA

LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

- |                              |
|------------------------------|
| Antes de comer               |
| Antes de cocinar             |
| Antes de dar de comer        |
| Después de usar la letrina   |
| Después de cambiar pañales   |
| Después de hacer la limpieza |
| Después de tocar dinero      |
| Cuando las tiene sucias      |

OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

- |  |
|--|
| Ambientes separados                    |
| Cocina limpia y ordenada               |
| Camas tendidas                         |
| Floreros y recipientes de agua limpios |
| Ropa limpia y ordenada                 |

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

Fuera de la vivienda

- |   |
|---|
| No hay basura acumulada o regada                          |
| No hay heces fecales o popo                               |
| Toneles tapados   |
| Pilas limpias y cepilladas                                |
| Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral |
| Cunetas   |
| Letrinas limpias (dentro y fuera)                         |

2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si X  
No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

- |   |
|---|
| Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal |
| Enfermedades de la piel                         |

### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

Hervir el agua	<input checked="" type="checkbox"/>
Clorar	<input checked="" type="checkbox"/>
SODIS	<input type="checkbox"/>
Filtrar el agua	<input checked="" type="checkbox"/>
Aqua embotellada	<input checked="" type="checkbox"/>

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Clorada por la Municipalidad

Clorada en casa

Está de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal   
Enfermedades de la piel

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No

Que se puede hacer?

Drenajes a nivel de la vivienda (pozo séptico)   
Sumideros

Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal)

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No

Cuantos?

1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar  
No

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención

En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación

	X

#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacer le dio pecho a su hijo menor?

1 hora	X
1 - 24 horas	
2 horas	
2 días	

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?

Nada  Si la respuesta es Algo, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es Nada, avanzar

Algo

Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebé

Lo acaricia, hace juegos con el/ella

	X

Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

No

edad en meses de su hijo/a

1	X
2	X
3	
4	X
5	X
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

13	
14	
15	
16	
7	
8	
9	
20	
21	
22	
23	
24	

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

1	X
2	X
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

13	
14	
15	
16	
7	
8	
9	
20	
21	
22	
23	
24	

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No

Si la respuesta es Sí, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Agresiones sexuales
- Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

- en ninguna ocasión
- cuando no hace caso
- cuando no hacen sus tareas
- cuando contestan mal
- cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

- dialogando
- regañándole
- gritándole
- pegándole
- ignorándole

Fecha de entrevista: 12/03/25  
Número de boleta: #15

DATOS GENERALES

Departamento: Guatemala  
Municipio: San José del Coapa  
Seleccione comunidad: Cobán Ia Familia

Nombre del encuestador: Gabriel Martínez  
Sexo del encuestador: Masculino Femenino

Nombre de la mujer: Carla Munroy  
Edad: 29

Tipo de encuesta: Embarazada  
Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

1. HIGIENE BÁSICA

LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Antes de comer               | X |
| Antes de cocinar             |   |
| Antes de dar de comer        |   |
| Después de usar la letrina   |   |
| Después de cambiar pañales   | X |
| Después de hacer la limpieza |   |
| Después de tocar dinero      |   |
| Cuando las tiene sucias      | X |

OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

- |  |
|--|
| Ambientes separados                    |
| Cocina limpia y ordenada               |
| Camas tendidas                         |
| Floreros y recipientes de agua limpios |
| Ropa limpia y ordenada                 |

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

Fuera de la vivienda

- |   |   |
|---|---|
| No hay basura acumulada o regada                          | X |
| No hay heces fecales o popo                               | X |
| Toneles tapados   |   |
| Pilas limpias y cepilladas                                |   |
| Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral |   |
| Cunetas   |   |
| Letrinas limpias (dentro y fuera)                         |   |

2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si X  
No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

- |   |   |
|---|---|
| Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal | X |
| Enfermedades de la piel                         |   |

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

Hervir el agua	<input checked="" type="checkbox"/>
Clorar	<input checked="" type="checkbox"/>
SODIS	<input type="checkbox"/>
Filtrar el agua	<input type="checkbox"/>
Agua embotellada	<input checked="" type="checkbox"/>

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Clorada por la Municipalidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Clorada en casa	<input type="checkbox"/>

Está de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?

Si   
No \_\_\_\_\_

#### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que se puede hacer?

Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético)	<input type="checkbox"/>
Sumideros	<input type="checkbox"/>
Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal)	<input type="checkbox"/>

#### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Cuantos?

1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>

#### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención

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

En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación


#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacido le dio pecho a su hijo menor?

- |              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| 1 hora       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1 - 24 horas | _____                               |
| 2 horas      | _____                               |
| 2 días       | _____                               |

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?

Nada \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Algo, contestar las siguientes preguntas. Si la  
Algo  respuesta es Nada, avanzar

Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebe

Lo acaricia, hace juegos con el/ella


Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

edad en meses de su hijo/a

- |    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 1  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | _____                               |
| 5  | _____                               |
| 6  | _____                               |
| 7  | _____                               |
| 8  | _____                               |
| 9  | _____                               |
| 10 | _____                               |
| 11 | _____                               |
| 12 | _____                               |

- |    |       |
|----|-------|
| 13 | _____ |
| 14 | _____ |
| 15 | _____ |
| 16 | _____ |
| 7  | _____ |
| 8  | _____ |
| 9  | _____ |
| 20 | _____ |
| 21 | _____ |
| 22 | _____ |
| 23 | _____ |
| 24 | _____ |

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

- |    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 1  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | _____                               |
| 5  | _____                               |
| 6  | _____                               |
| 7  | _____                               |
| 8  | _____                               |
| 9  | _____                               |
| 10 | _____                               |
| 11 | _____                               |
| 12 | _____                               |

- |    |       |
|----|-------|
| 13 | _____ |
| 14 | _____ |
| 15 | _____ |
| 16 | _____ |
| 7  | _____ |
| 8  | _____ |
| 9  | _____ |
| 20 | _____ |
| 21 | _____ |
| 22 | _____ |
| 23 | _____ |
| 24 | _____ |

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No X

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Agresiones sexuales
- Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

- en ninguna ocasión
- cuando no hace caso
- cuando no hacen sus tareas
- cuando contestan mal
- cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

- dialogando
- regañándole
- gritándole
- pegándole
- ignorándole

Fecha de entrevista: 12/03/25  
Número de boleta: #6

#### DATOS GENERALES

Departamento: Cortesia  
Municipio: San José del Golfo  
Selección comunitaria: Localización La Punta  
Nombre del encuestador: Gabriel Martínez  
Sexo del encuestador: Masculino Femenino  
Nombre de la mujer: Gabriela Sánchez  
Edad: 26 -

Tipo de encuesta:

Embarazada  
Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

#### 1. HIGIENE BÁSICA

##### LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Antes de comer               | X |
| Antes de cocinar             | X |
| Antes de dar de comer        | X |
| Después de usar la letrina   | X |
| Después de cambiar pañales   |   |
| Después de hacer la limpieza |   |
| Después de tocar dinero      |   |
| Cuando las tiene sucias      |   |

##### OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

- |  |   |
|--|---|
| Ambientes separados                    | X |
| Cocina limpia y ordenada               | X |
| Camas tendidas                         | X |
| Floreros y recipientes de agua limpios |   |
| Ropa limpia y ordenada                 |   |

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

##### Fuera de la vivienda

- |   |   |
|---|---|
| No hay basura acumulada o regada                          | X |
| No hay heces fecales o popo                               | X |
| Toneles tapados   |   |
| Pilas limpias y cepilladas                                |   |
| Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral |   |
| Cunetas   |   |
| Letrinas limpias (dentro y fuera)                         |   |

#### 2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ X

Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Diarrea, dolor de estómago, infección estomacal

Enfermedades de la piel


### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

- |                  |   |
|------------------|---|
| Hervir el agua   | X |
| Clorar           | X |
| SODIS            |   |
| Filtrar el agua  |   |
| Agua embotellada | X |

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?  
Clorada por la Municipalidad \_\_\_\_\_  
Clorada en casa \_\_\_\_\_

Esta de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?  
Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?  
Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal \_\_\_\_\_  
Enfermedades de la piel \_\_\_\_\_

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que se puede hacer?  
Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético) \_\_\_\_\_  
Sumideros \_\_\_\_\_  
Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal) \_\_\_\_\_

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Cuantos?

- |   |
|---|
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención



En su familia existen niños/as con alguna discapacidad  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?  
Llevarlo a rehabilitación  
Llevarlo a servicio de salud  
Llevarlo al centro de estimulación


6. LACTANCIA MATERNA  
Al cuanto tiempo de nacido le dio pecho a su hijo menor?

- 1 hora   
1 - 24 horas   
2 horas   
2 días

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?  
Nada  Si la respuesta es Algo, contestar las siguiente pregunta. Si la  
Algo  respuesta es Nada, avanzar  
Qué acciones realiza?  
Lo mira a los ojos. Habla con el bebe   
Lo acaricia, hace juegos con el/ella   
Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

7. CONTROL PEDIATRICO  
Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

edad en meses de su hijo/a

- 1   
2   
3   
4   
5   
6   
7   
8   
9   
10   
11   
12

- 13   
14   
15   
16   
7   
8   
9   
20   
21   
22   
23   
24

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

- 1   
2   
3   
4   
5   
6   
7   
8   
9   
10   
11   
12

- 13   
14   
15   
16   
7   
8   
9   
20   
21   
22   
23   
24

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So \_\_\_\_\_  
No X

Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

Violencia psicológica

Violencia física

Agresiones sexuales

Descuido o trato negligente

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

en ninguna ocasión

cuando no hace caso

cuando no hacen sus tareas

cuando contestan mal

cuando se portan mal

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

dialogando

regañándole

gritándole

pegándole

ignorándole

Fecha de entrevista: 12/03/25  
Número de boleta: #7

#### DATOS GENERALES

Departamento: Centroamérica  
Municipio: San José del Río  
Selección comunitaria: Lote Ficación La Familia  
Nombre del encuestador: Gabriel Martínez  
Sexo del encuestador: Masculino Femenino  
Nombre de la mujer: Carmen Paz  
Edad: 18

Tipo de encuesta: Embarazada  
Madre de niño/a menor de 6 meses  
madre de niño/a de 6 a 24 meses

X

#### 1. HIGIENE BÁSICA

##### LAVARSE LAS MANOS

Cuando hay que lavarse las manos?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Antes de comer               | X |
| Antes de cocinar             | X |
| Antes de dar de comer        | X |
| Después de usar la letrina   | X |
| Después de cambiar pañales   | X |
| Después de hacer la limpieza |   |
| Después de tocar dinero      |   |
| Cuando las tiene sucias      |   |

##### OBSERVACIÓN DE LA VIVIENDA marque lo que observe

- |  |   |
|--|---|
| Ambientes separados                    | X |
| Cocina limpia y ordenada               | X |
| Camas tendidas                         |   |
| Floreros y recipientes de agua limpios |   |
| Ropa limpia y ordenada                 | X |

Si no puede entrar al hogar, avanzar a la siguiente pregunta

##### Fuera de la vivienda

- |   |   |
|---|---|
| No hay basura acumulada o regada                          | X |
| No hay heces fecales o popo                               | X |
| Toneles tapados   |   |
| Pilas limpias y cepilladas                                |   |
| Animales (polos, gallinas, patos, ganado, etc.) en corral |   |
| Cunetas   |   |
| Letrinas limpias (dentro y fuera)                         |   |

#### 2. AGUA Y ENFERMEDADES

Sabe usted si el agua para beber, que no ha sido desinfectada, puede provocar enfermedades en las personas?

Si X

Si la respuesta es Si, contestar la siguiente pregunta. Si la respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?

Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal

X

Enfermedades de la piel

### 3. Purificación del agua

Cuáles métodos de desinfección del agua utilizan en su casa? Marque todas las que mencione

- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| Hervir el agua   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Clorar           | <input type="checkbox"/>            |
| SODIS            | <input type="checkbox"/>            |
| Filtrar el agua  | <input type="checkbox"/>            |
| Agua embotellada | <input checked="" type="checkbox"/> |

El agua que ustedes toman en su comunidad está clorada?  
Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que enfermedades puede provocar esta agua?  
Clorada por la Municipalidad   
Clorada en casa

Esta de acuerdo con que la municipalidad de agua clore el agua?  
Si   
No \_\_\_\_\_

### 4. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Qué clase de enfermedades pueden producir las aguas que se usan en la vivienda y que corren sobre la tierra?

- Diarrea, dolor de estomago, infección estomacal   
Enfermedades de la piel

Sabe usted cómo se puede evitar las aguas que corren a flor de tierra en las comunidades?  
Si \_\_\_\_\_ Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No  respuesta es No, avanzar

Que se puede hacer?  
Drenajes a nivel de la vivienda (pozo cético)   
Sumideros   
Drenajes a nivel de calles (alcantarillado municipal)

### 5. Atención prenatal

Conoce cuál es el número mínimo de controles que debe tener una mujer durante el embarazo?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Cuantos?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |

### 5. Discapacidad

Sabe qué es discapacidad?

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguiente pregunta. Si la  
No \_\_\_\_\_ respuesta es No, avanzar

Que es para usted la discapacidad?

Es cuando un niño/a no puede caminar

Cuando un niño/a su cabeza o partes del cuerpo diferente y no se desarrollan

Cuando un niño/a no habla, no escucha o no pone atención

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

En su familia existen niños/as con alguna discapacidad

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Que actividades realizan con ellos?

Llevarlo a rehabilitación

Llevarlo a servicio de salud

Llevarlo al centro de estimulación

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

#### 6. LACTANCIA MATERNA

Al cuanto tiempo de nacido le dio pecho a su hijo menor?

- |              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| 1 hora       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1 - 24 horas | <input type="checkbox"/>            |
| 2 horas      | <input type="checkbox"/>            |
| 2 días       | <input type="checkbox"/>            |

Qué hace mientras le da pacho o alimento a su hijo/a?

Nada  Si la respuesta es Algo, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es Nada, avanzar

Algo  Qué acciones realiza?

Lo mira a los ojos. Habla con el bebé

Lo acaricia, hace juegos con el/ella

Se asegura que el niño/a no se quede con hambre?

#### 7. CONTROL PEDIATRICO

Usted lleva a su hijo/a al servicios de salud para control de peso y talla

Si  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

No  edad en meses de su hijo/a

1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>

13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>

Cuantas veces ha llevado a su hijo/a a su control de peso y talla?

1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>

13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>

## 8. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Conoce que tipo de violencia pueden sufrir los niños/as en el hogar?

So  Si la respuesta es Si, contestar las siguientes preguntas. Si la respuesta es No, avanzar

Cuales son las formas de violencia que pueden sufrir los niños/as?

- |                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Violencia psicológica       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Violencia física            |                                     |
| Agresiones sexuales         |                                     |
| Descuido o trato negligente | <input checked="" type="checkbox"/> |

En qué situaciones se puede usar la violencia con los niños/as

- |                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| en ninguna ocasión         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| cuando no hace caso        |                                     |
| cuando no hacen sus tareas |                                     |
| cuando contestan mal       |                                     |
| cuando se portan mal       |                                     |

Cómo corrige a sus niños/as en el hogar?

- |             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|
| dialogando  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| regañándole |                                     |
| gritándole  |                                     |
| pegándole   |                                     |
| ignorándole |                                     |