

Cuestionario de 0 a 9 años

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____

AGEB _____

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM _____

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA _____

3. CONTROL DE HOGARES

HOGAR ____ DE ____ EN LA VIVIENDA

4. RESULTADO FINAL

RESULTADO ____ DÍA ____ MES ____

CÓDIGOS:

- a. Completa
- b. Seleccionado(a) con edad fuera de rango
- c. Incompleta

5. DATOS DE LA PERSONA SELECCIONADA

NOMBRE _____

NÚMERO DE RENGLÓN ____ EDAD ____

6. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE _____

NÚMERO DE RENGLÓN ____ EDAD ____

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas".

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar".

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE EL NOMBRE, NÚMERO DE RENGLÓN, SEXO Y EDAD DEL NIÑO(A).

Nombre _____ N.R.

Sexo

H

M

Edad

SECCIÓN I. INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES DE RIESGO

PARA NIÑO(A) MENOR DE 2 AÑOS (0 A 23 MESES DE EDAD)

1.1 Cuando usted (la mamá) estaba embarazada de (NOMBRE), ¿quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo?

CRUZA HASTA DOS CÓDIGOS Y ANOTA NÚMERO

		Número
Médico.....	<div>1</div>	<div><div></div><div></div></div>
Enfermera	<div>2</div>	<div><div></div><div></div></div>
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud	<div>3</div>	<div><div></div><div></div></div>
Partera profesional técnica.....	<div>4</div>	<div><div></div><div></div></div>
Partera tradicional o empírica.....	<div>5</div>	<div><div></div><div></div></div>
Otra persona.....	<div>6</div>	<div><div></div><div></div></div>
Nadie	<div>7</div>	
No responde	<div>8</div>	
No sabe	<div>9</div>	

> Pasa a 1.3

1.2 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?

ANOTA NÚMERO

	Meses
	<div><div></div><div></div></div>
No responde	<div>88</div>
No sabe	<div>99</div>

1.3 ¿Quién la atendió al momento que nació (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Médico.....	<div>1</div>
Enfermera	<div>2</div>
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud	<div>3</div>
Partera profesional técnica.....	<div>4</div>
Partera tradicional o empírica.....	<div>5</div>
Otra persona.....	<div>6</div>
Nadie	<div>7</div>
No sabe	<div>9</div>

1.4 En total, ¿cuántas veces ha llevado a (NOMBRE) al médico para checar su desarrollo y crecimiento (sin estar enfermo)?

ANOTA NÚMERO

	Número
	<div><div></div><div></div></div>
Ninguna.....	<div>00</div>
No responde.....	<div>88</div>
No sabe.....	<div>99</div>

SECCIÓN II. VACUNACIÓN NIÑOS Y NIÑAS

PARA NIÑO(A) DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES

2.1 ¿En qué lugar o institución nació (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....	01
ISSSTE.....	02
ISSSTE Estatal.....	03
Pemex.....	04
Defensa.....	05
Marina.....	06
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07
IMSS Prospera.....	08

Consultorios dependientes de farmacias.....	09	→ Pasa a 2.3
Consultorio, clínica u hospital privado.....	10	
Cruz Roja	11	} Pasa a 2.3
Casa de la entrevistada.....	12	
Casa de la partera.....	13	
Otra (<i>Específica</i>)	14	
<div></div>		
No responde.....	88	
No sabe.....	99	

2.2 Antes de salir del hospital, clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le entregaron la Cartilla Nacional de Salud (Cartilla Nacional de Vacunación)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1	→ Pasa a 2.4
NO.....	2	
No sabe.....	9	

2.3 ¿En qué lugar le entregaron la Cartilla Nacional de Salud (Cartilla Nacional de Vacunación) de (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Registro Civil.....	01
Seguro Social (IMSS).....	02
ISSSTE.....	03
ISSSTE Estatal	04
PEMEX	05
Defensa.....	06
Marina.....	07
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	08
IMSS Oportunidades/Prospera.....	09
Consultorios dependientes de farmacias.....	10

Consultorio, clínica u hospital privado.....	11
En la escuela	12
Guardería/Estancia infantil.....	13
Personal de salud acudió a su domicilio.....	14
Otra (<i>Específica</i>)	15
<div></div>	
No tiene cartilla.....	16
No sabe	99

→ Pasa a 2.5

2.4 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Salud (Cartilla Nacional de Vacunación) o documento probatorio?

REVISA Y CRUZA UN CÓDIGO

Sí muestra cartilla.....	1	→ Pasa a 2.7
Sí muestra documento probatorio o comprobante.....	2	} Pasa a 2.8
Sí tiene cartilla, pero no la mostró.....	3	
Sí mostró cartilla, pero no tiene información.....	4	→ Pasa a 2.6
No tiene cartilla.....	5	

2.5 ¿Por qué no tiene la cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se la han dado.....	1	} Pasa a 2.8
La extravió	2	
No le han dado la reposición	3	
No tiene disponible en este momento	4	
Vivienda afectada por sismo u otro desastre natural.....	5	
Otra	6	
No responde	8	
No sabe	9	

2.6 ¿Por qué no tiene información registrada en su cartilla?

CRUZA UN CÓDIGO

No se ha vacunado.....	1	→ Pasa a 2.22
Se vacunó, tiene documento comprobatorio o comprobante, pero no lo mostró.....	2	} Pasa a 2.8
No sabe / No responde.....	9	

2.7 ¿Su cartilla es electrónica (con chip, código de barras, estampa o etiqueta) y permite identificar la información en una tableta?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2

2.8 Antes de salir del hospital, clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Tuberculosis (BCG)? (se aplica preferentemente en el brazo derecho y deja cicatriz).

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

2.9 Antes de salir del hospital, clínica o centro de salud en donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Hepatitis B? (se aplica preferentemente en la pierna izquierda).

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

PARA NIÑO(A) DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE NO MOSTRARON CARTILLA O NO TIENE INFORMACIÓN (PREGUNTA 2.4 = 3, 4 O 5)

2.10 ¿Me puede decir qué vacunas le ha puesto a (NOMBRE)?

2.10 a) Tuberculosis (BCG) (se pone al nacer en el brazo y deja cicatriz).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

SÍ.....	1	} Pasa a 2.10 b
NO.....	2	
No sabe.....	9	

2.10 aa ¿Cuántas veces?

No sabe99

2.10 b) Hepatitis B (se pone al nacer, 2 y 6 meses, o a los 2, 4 y 6 meses) Es inyectada en pierna izquierda (muslo).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 c

2.10 bb ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 c) Pentavalente Acelular DPaT+VPI+Hib (Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomiélitis e infecciones por Haemophilus Influenzae tipo b (se pone a los 2, 4, 6 y 18 meses) Es inyectada en pierna izquierda (muslo).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 d

2.10 cc ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 d) Rotavirus (Gastroenteritis causada por Rotavirus) (se pone a los 2, 4 y 6 meses). Por vía oral con jeringa sin aguja.

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 e

2.10 dd ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 e) Neumocócica conjugada (Infecciones por Neumococo) (se pone a los 2, 4 y 12 meses). Es inyectada en pierna (muslo).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 f

2.10 ee ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 f) Influenza (Influenza Estacional) (se inicia entre 6 y 35 meses, posteriormente una dosis anual entre septiembre y marzo, hasta los 59 meses de edad). A niños de 6 a 18 meses, es inyectada en pierna (muslo); a mayores de 18 meses, es inyectada en brazo (deltoides).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 g

2.10 ff ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 g) Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP, Triple Viral) (se pone al año y refuerzo a los 6 años). Inyección subcutánea en brazo (deltoides).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

Sí.....

1
2
9

 } Pasa a 2.10 h

2.10 gg ¿Cuántas veces?

--	--

No sabe99

2.10 h) Sabin / Poliomielitis oral (se suministran gotas por la boca, se ponen en las Semanas Nacionales de Salud).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

SÍ

NO

No sabe.....

1

2

9

} Pase a 2.10 i

2.10 hh ¿Cuántas veces?

No sabe99

2.10 i) Sarampión, Rubéola (SR) (refuerzo a los 6 años). Inyección subcutánea en brazo (deltoides).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

SÍ

NO

No sabe.....

1

2

9

} Pase a 2.10 j

2.10 ii ¿Cuántas veces?

No sabe99

2.10 j) DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos) (se pone refuerzo a los 4 años de edad). Inyección intramuscular en brazo (deltoides).

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

SÍ

NO

No sabe.....

1

2

9

} Pase a 2.10 k

2.10 jj ¿Cuántas veces?

No sabe99

2.10 k) Otras

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA

SÍ (especifica nombre y dosis).....

1

2.10 kk ¿Cuántas veces?

→ Pase a 2.22

NO

No sabe.....

2

9

} Pase a 2.22

No sabe99

PARA NIÑO(A) DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE SÍ MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE DE LA CARTILLA Y/O DOCUMENTO PROBATORIO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (PREGUNTA 2.4 = 1 O 2)

VACUNA	A) Dosis:			B) Fecha de aplicación			C) Institución que aplicó la vacuna	
	SI NO TIENE INFORMACIÓN, ANOTA CÓDIGO 2			ANOTA CON NÚMERO			ANOTA CÓDIGO	
	DOSIS	EDAD	Sí..... 1 NO..... 2	Día	Mes	Año		
2.11 Tuberculosis (BCG)	Única	Al nacer						
2.12 Hepatitis B	Primera	Al nacer						
		2 meses						
	Segunda	2 meses						
		4 meses						
	Tercera	6 meses						

VACUNA	DOSIS	EDAD	Sí..... 1 NO..... 2	Día	Mes	Año	Institución
2.13 Pentavalente Acelular DPaT+VPI+Hib (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Poliomielitis e Infecciones por H. Influenzae b)	Primera	2 meses					
	Segunda	4 meses					
	Tercera	6 meses					
	Cuarta	18 meses					
2.14 DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos)	Refuerzo	4 años					
2.15 Rotavirus (Diarrea por Rotavirus)	Primera	2 meses					
	Segunda	4 meses					
	Tercera	6 meses					
2.16 Neumocócica conjugada (infecciones por Neumococo)	Primera	2 meses					
	Segunda	4 meses					
	Refuerzo	12 meses					
2.17 Influenza	Primera	6 a 11 meses					
	Segunda	7 meses (1 mes posterior a la primera)					
	Revacunación	Anual hasta los 59 meses					
2.18 SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) Triple Viral	Primera	1 año					
	Refuerzo	6 años					
2.19 SABIN (Poliomielitis)	Adicionales						
	Adicionales						
2.20 SR (Sarampión y Rubéola) "Campaña de seguimiento"	Adicionales						

2.21 Otras vacunas ANOTA NOMBRE (Textual, como aparece en Cartilla o documento probatorio)	ANOTA LA DOSIS	Fecha de aplicación			Institución	
		ANOTA CON NÚMERO			ANOTA CÓDIGO	
		Día	Mes	Año		

CÓDIGOS INSTITUCIONALES		
Seguro Social (IMSS)..... 01	Marina..... 06	Cruz Roja11
ISSSTE..... 02	Centro de Salud u Hospital de la SSA.... 07	Casa de la entrevistada.....12
ISSSTE Estatal..... 03	IMSS Prospera..... 08	Casa de la partera.....13
Pemex..... 04	Consultorios dependientes de farmacias..09	Otra (<i>Específica</i>)..... 14
Defensa..... 05	Consultorio, clínica u hospital privado.... 10	

2.22 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (NOMBRE) recibió Vitamina A en alguna Semana Nacional de Salud?

ANOTA NÚMERO

Número

Ninguna	0
No sabe.....	9

ENTREVISTADOR: VERIFICA LA EDAD DEL NIÑO(A):

- **NIÑO(A) DE 0 A 12 MESES** → CONTINÚA
- **NIÑO(A) DE 1 AÑO 1 DÍA O MÁS** → PASA A SECCIÓN III

2.23 ¿A (NOMBRE) le realizaron la prueba del Tamiz Neonatal?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí, y está registrado en la cartilla.....	1	} Pasa a 2.25
Sí, dice habersele realizado la prueba.....	2	
No le han realizado la prueba.....	3	
No sabe.....	9	

2.24 ¿Conoce el resultado de la prueba del Tamiz Neonatal?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

2.25 En los primeros 28 días de vida, ¿le realizaron la prueba del Tamiz Neonatal Auditivo a (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1	} Pasa a Sección III
NO.....	2	
No sabe.....	9	

2.26 ¿Cuál fue el resultado del Tamiz Neonatal Auditivo?

CRUZA UN CÓDIGO

Salió bien.....	1
Le dijeron que requería otro tipo de estudio.....	2
No sabe.....	9

OBSERVACIONES:

SECCIÓN III. ENFERMEDADES DIARREICAS

PARA NIÑO(A) DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

3.1 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

1
2
9

 } Pasa a 3.16
NO.....
No sabe.....

3.2 En total, ¿cuántos días ha tenido / tuvo diarrea (NOMBRE)?

ANOTA NÚMERO

Días

--	--

No sabe.....

99

3.3 ¿Durante la diarrea (NOMBRE) ha tenido / tuvo fiebre o calentura?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

1
2
9

NO.....
No sabe.....

ENTREVISTADOR:

- SI EL NIÑO(A) TIENE DE 0 A 23 MESES DE EDAD → CONTINÚA
- SI EL NIÑO(A) TIENE 2 O MÁS AÑOS → PASA A 3.5

3.4 ¿Durante la diarrea a (NOMBRE)...

CRUZA UN CÓDIGO

continuó dándole pecho?

1
2
3
4
5
9

le dio más seguido el pecho?
le dio menos seguido el pecho?
le suspendió el pecho?.....
No le da pecho
No sabe.....

3.5 Sin considerar la leche, ahora que (NOMBRE) tuvo diarrea...

CRUZA UN CÓDIGO

¿continuó dando la misma cantidad de alimentos?

1
2
3
4
5
9

¿le dio más cantidad de alimentos?.....
¿le dio menos cantidad de alimentos?.....
¿suspendió todos los alimentos?.....
Aún no le da otro tipo de alimentos
No sabe.....

3.6 Ahora que (NOMBRE) tuvo diarrea ¿a quién le pidió ayuda?

CRUZA HASTA TRES CÓDIGOS

A nadie.....	01	} Pasa a 3.10	Enfermera(o).....	07	} Pasa a 3.10
Comadrona o partera	02		Médico (alópata).....	08	
Curandero(a) o yerbero(a).....	03		Médico homeópata	09	
Encargado(a) de la farmacia.....	04		Otro (<i>Especifica</i>)	10	
Auxiliar o voluntario(a) de salud.....	05				
Promotor(a) de salud.....	06				
			No sabe	99	

3.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) (MENCIONE AL PERSONAL DE 3.6) que atendió a (NOMBRE)?

CRUZA HASTA TRES CÓDIGOS

Seguro Social (IMSS).....	01	IMSS Prospera.....	08
ISSSTE.....	02	Consultorios dependientes de farmacias.....	09
ISSSTE Estatal.....	03	Consultorio, clínica u hospital privado.....	10
Pemex.....	04	Otro (<i>Especifica</i>)	11
Defensa.....	05		
Marina.....	06		
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07	No sabe	99

3.8 El personal de salud ¿le recomendó que le diera Vida Suero Oral o soluciones rehidratantes a (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1	} Pasa a 3.10
NO.....	2	
No sabe.....	9	

3.9 El personal de salud ¿le explicó cómo preparar el Vida Suero Oral o las soluciones rehidratantes?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

3.10 ¿Qué (otros) líquidos le dio a (NOMBRE) durante la diarrea?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Vida Suero Oral.....	01	Leche.....	10
Suero comercial.....	02	Leche rebajada.....	11
Suero casero.....	03	Caldos / sopas	12
Agua sola	04	Refresco.....	13
Agua de frutas	05	Café	14
Agua de arroz	06	Otro (<i>Especifica</i>)	15
Tés.....	07		
Atoles.....	08		
Pozol	09	Ninguno.....	16
		No sabe	99

3.11 ¿Se le dio alguna (otra) cosa para tratar la diarrea?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... }
 NO..... } Pasa a 3.13
 No sabe.....

3.12 ¿Qué otra cosa se le dio para tratar la diarrea?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Pastillas o jarabe

Antibiótico.....
 Antiespasmódico.....
 Otras pastillas o jarabes (no antibióticos,
 no antiespasmódicos o zinc).....
 No sabe tipo de pastilla o jarabe.....

Inyección

Antibiótica.....
 No antibiótica.....
 No sabe tipo de inyección.....

Intravenosa.....

Remedio casero/ medicina a base
 de hierbas.....

Otro (Especifica)

No sabe

3.13 Cuando tuvo diarrea, ¿se le dio a (NOMBRE)...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

	SÍ	NO	NS
A. Tabletas de Zinc?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
B. Jarabe de Zinc?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Si tiene un código 1 → continúa

Si tiene código 2 o 9 → pasa a filtro
 antes de 3.15

3.14 ¿Dónde obtuvo usted el Zinc?

CRUZA UN CÓDIGO

Sector público

Hospital del gobierno.....
 Clínica del gobierno/centro de salud.....
 Caravana o puesto móvil de salud.....
 Promotor o auxiliar de salud.....
 Otro público (especifica).....

Sector médico privado

Hospital/clínica privada.....
 Médico privado.....
 Farmacia privada.....
 Otro médico privado (especifica).....

Otra fuente

Pariente/ amigo.....

Tienda.....

Profesional tradicional.....

Ya tenía en su casa.....

Otro (especifica).....

No sabe

Si no puedes determinar si es público o privado,
 escribe el nombre del lugar

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 3.6 ES CÓDIGO 05, 06, 07, 08 y 09 → CONTINÚA
- OTRO CÓDIGO (01, 02, 03, 04, 10 Y 99) → PASA A 3.16

3.15. El personal de salud ¿le explicó los cuidados que tenía que dar a (NOMBRE) en el hogar durante la diarrea?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

3.16 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene diarrea para que usted lo(a) lleve al médico?

CRUZA HASTA CINCO CÓDIGOS

Mucha sed.....	01
Poca ingesta de líquidos o alimentos	02
Estar muy quieto (débil)	03
Evacuaciones muy frecuentes.....	04
Vómitos	05
Fiebre	06

Llanto sin lágrimas	07
Sangre en las heces	08
Otra molestia (Específica)	09
<div></div>	
No sabe	99

3.17 ¿Conoce los síntomas de la deshidratación?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2

→ Pasa a Sección IV

3.17a ¿Cuáles son?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Mucha sed	1
Irritabilidad.....	2
Llanto sin lágrimas	3
Ojos hundidos.....	4
Otro síntoma (Específica)	5

OBSERVACIONES:

SECCIÓN IV. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

PARA NIÑO(A) DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

4.1 En las últimas dos semanas, ¿(NOMBRE) ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a 4.12
NO.....	2	
No sabe.....	9	

4.2 Por esta(s) enfermedad(es), ¿(NOMBRE) tuvo fiebre o calentura?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2

4.3 Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar o jadeaba?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a 4.5
NO.....	2	
No sabe.....	9	

4.4 ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moqueaba?

CRUZA UN CÓDIGO

Problema en el pecho.....	1	Otro (Especifica)	4
Nariz tapada o que moqueaba.....	2	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Ambos.....	3		
		No sabe	9

4.5 ¿Ahora que (NOMBRE) tuvo gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

comió menos?.....	1
comió más?.....	2
comió lo mismo?.....	3
No sabe	9

4.6 Ahora que (NOMBRE) tuvo gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, ¿a quién le pidió ayuda?

CRUZA HASTA TRES CÓDIGOS

A nadie.....	01	} Pasa a 4.12	Médico (alópata).....	08	} Pasa a 4.12
Comadrona o partera	02		Médico homeópata	09	
Curandero(a) o yerbero(a).....	03		Otro (Especifica)	10	
Encargado(a) de la farmacia.....	04	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
Auxiliar o voluntario(a) de salud.....	05		No sabe	99	
Promotor(a) de salud	06				
Enfermera(o)	07				

4.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) (MENCIÓN AL PERSONAL DE 4.6) que atendió a (NOMBRE)?

CRUZA HASTA TRES CÓDIGOS

Seguro Social (IMSS).....	01
ISSSTE.....	02
ISSSTE Estatal.....	03
Pemex.....	04
Defensa.....	05
Marina.....	06
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07

IMSS Prospera.....	08
Consultorios dependientes de farmacias.....	09
Consultorio, clínica u hospital privado.....	10
Otro lugar (<i>Especifica</i>)	11
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
No sabe	99

4.8 ¿Qué le hizo o le dio a (NOMBRE) para la gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos?

CRUZA UN CÓDIGO

Remedios caseros	1	→ Pasa a 4.12
Medicamentos.....	2	
Nada	3	} Pasa a 4.12
Otra práctica	4	
No sabe	9	

4.9 ¿Qué medicamentos le dieron a (NOMBRE)?

CRUZA HASTA CINCO CÓDIGOS

Antibióticos	
Pastilla/Jarabe (suspensión).....	01
Inyección.....	02
Otros medicamentos	
Paracetamol/Acetaminofén (Tempra).....	03
Aspirina.....	04
Ibuprofeno (Motrin/Neo-Melufen/Advil).....	05
Desenfriolito.....	06
Neomelubrina.....	07
Febrax.....	08

Otro (<i>especifica</i>).....	09
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
No sabe	99

4.10 Cuando fue a la unidad de salud, el personal que le atendió, ¿le explicó los cuidados que tenía que dar a (NOMBRE) en su hogar durante su enfermedad respiratoria?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

4.11 El personal de salud ¿le explicó cuáles son los síntomas de alarma que debe observar durante la enfermedad respiratoria de (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

4.12 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo(a) lleve inmediatamente al médico?

CRUZA HASTA CINCO CÓDIGOS

Respira rápido 01
 Tiene dificultad para respirar 02
 No come, ni bebe líquidos 03
 Se pone frío..... 04
 Se ve más enfermo..... 05
 Más de tres días con calentura..... 06

Le salga pus del oído..... 07
 Le aparezcan puntos blancos
 en la garganta 08
 Otras molestias (*Especifica*) 09

 No sabe 99

4.13 En los últimos tres meses, ¿algún médico le ha diagnosticado neumonía a (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
 NO..... 2
 No sabe..... 9 } Pasa a Sección V

4.14 ¿(NOMBRE) estuvo hospitalizado(a) debido a la neumonía que presentó?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
 NO..... 2
 No sabe..... 9 } Pasa a Sección V

4.15 ¿Cuántos días estuvo hospitalizado(a) (NOMBRE) por la neumonía que presentó?

ANOTA NÚMERO

Días

No sabe..... 99

OBSERVACIONES:

SECCIÓN V. ACCIDENTES

PARA NIÑO(A) DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES

5. 1 En los últimos 12 meses, ¿sufrió (NOMBRE) algún daño a su salud a causa de un accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a Sección VI
NO.....	2	
No sabe.....	9	

5.2 ¿Cómo fue que se accidentó (NOMBRE)?

CRUZA UN CÓDIGO

Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....	01	} Pasa a 5.4	Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....	12	} Pasa a 5.5
Choque en motocicleta.....	02		Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....	13	
Choque o atropellamiento como ciclista.....	03		Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....	14	
Atropellado como peatón.....	04		Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....	15	
Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....	05	Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....	16	} Pasa a Sección VI	
Caída a nivel de piso.....	06	Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento....	17		
Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....	07	Exposición accidental a otros factores.....	18		
Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....	08	No sabe.....	99		
Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....	09				
Exposición a corriente eléctrica, radiación.....	10				
Exposición a humo o fuego.....	11				

5.3 ¿Llevaba puesto el cinturón o iba en su silla porta infante?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a 5.5
NO.....	2	
No sabe.....	9	

5.4 ¿Llevaba puesto el casco?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

5.5 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Hogar.....	01
Escuela.....	02
Trabajo.....	03
Transporte público.....	04
Vía pública.....	05
Campo.....	06

Antro, bar.....	07
Centro recreativo o deportivo.....	08
Establecimiento comercial.....	09
Otro lugar (<i>Especifica</i>)	10
<input type="text"/>	
No sabe	99

5.6 ¿Qué hizo o quién atendió a (NOMBRE) cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Remedios caseros, automedicación.....	01
Curandero(a) o yerbero(a).....	02
Huesero(a) o sobador(a).....	03
Encargado(a) de la comunidad.....	04
Quiropráctico.....	05
Psicólogo(a), terapeuta.....	06
Consultorio, clínica u hospital privado.....	07

Clínica.....	08
Sanatorio u hospital.....	09
Otro (<i>Especifica</i>)	10
<input type="text"/>	
Nada o nadie.....	11
No sabe.....	99

5.7 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).....	1
Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....	2
Dificultad para oír.....	3
Dificultad para hablar.....	4

Dificultad para ver o ceguera.....	5
Otra limitación física o mental (<i>Especifica</i>)....	6
<input type="text"/>	
Ningún problema	7
No sabe.....	9

OBSERVACIONES:

SECCIÓN VI. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

PARA NIÑO(A) DE 2 A 4 AÑOS 11 MESES

6.1 Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener (NOMBRE).

¿(NOMBRE) usa anteojos? CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2

6.2 ¿Usa (NOMBRE) alguna prótesis auditiva?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2

6.3 ¿Usa (NOMBRE) algún aparato o recibe ayuda para caminar?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2

Ahora le haré unas preguntas, y usted responde una de las cuatro posibles respuestas, que incluye esta tarjeta.

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.1 ES CÓDIGO 1 → PREGUNTA 6.4A Y PASAA FILTRO ANTES DE 6.5A
- SI LA RESPUESTA EN 6.1 ES CÓDIGO 2 → PREGUNTA 6.4B

6.4A. Cuando (NOMBRE) usa anteojos,
¿tiene dificultad para ver?

Pasa a filtro antes de 6.5A

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible ver.....	4

6.4B. ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para ver?

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.2 ES CÓDIGO 1 → PREGUNTA 6.5A Y PASAA FILTRO ANTES DE 6.6
- SI LA RESPUESTA EN 6.2 ES CÓDIGO 2 → PREGUNTA 6.5B

6.5A. Cuando (NOMBRE) usa la prótesis auditiva,
¿tiene dificultad para oír sonidos como
voces de otras personas o música?

Pasa a filtro antes de 6.6

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible oír.....	4

6.5B. ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para oír sonidos
como voces de otras personas o música?

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.3 ES CÓDIGO 1 → CONTINÚA
- SI LA RESPUESTA EN 6.3 ES CÓDIGO 2 → PASAA 6.8

6.6 Cuando (NOMBRE) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?

MUESTRA TARJETA 03 Y CRUZA UN CÓDIGO

Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible caminar.....	4

6.7 Cuando (NOMBRE) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1	} Pasa a 6.9
Cierta dificultad.....	2	
Mucha dificultad.....	3	
Le resulta imposible caminar.....	4	

6.8 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para caminar?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible caminar.....	4

6.9 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para agarrar objetos pequeños con la mano?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible agarrar objetos pequeños con la mano.....	4

6.10 ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para entenderle?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible entenderle.....	4

6.11 Cuando (NOMBRE) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible entenderle.....	4

6.12 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para aprender cosas?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible aprender.....	4

6.13 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para jugar?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible jugar.....	4

ENTREVISTADOR: PIDE TARJETA AL INFORMANTE

6.14 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿con qué frecuencia (NOMBRE) patea, muerde o golpea a otros niños(as) o adultos?

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

No lo hace.....	1	} Concluye cuestionario
Lo hace menos.....	2	
Lo mismo.....	3	
Lo hace más.....	4	
Mucho más.....	5	

PARA NIÑO(A) DE 5 A 9 AÑOS 11 MESES

6.15 Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de dificultades que (NOMBRE) puede tener. ¿(NOMBRE) usa anteojos o lentes de contacto?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1
NO	2

6.16 ¿Usa (NOMBRE) alguna prótesis auditiva?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1
NO	2

6.17 ¿Usa (NOMBRE) algún aparato o recibe ayuda para caminar?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1
NO	2

Ahora le haré unas preguntas, y usted me responde una de las cuatro posibles respuestas que incluye esta tarjeta.

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.15 ES CÓDIGO 1 → PREGUNTA 6.18A Y PASAA FILTRO ANTES DE 6.19A
- SI LA RESPUESTA EN 6.15 ES CÓDIGO 2 → PREGUNTA 6.18B

6.18A. Cuando (NOMBRE) usa anteojos, o lentes de contacto ¿tiene dificultad para ver? <i>Pasa a filtro antes de 6.19A</i>	MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO
6.18B. ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para ver?	

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible ver.....	4

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.16 ES CÓDIGO 1 → PREGUNTA 6.19A Y PASAA FILTRO ANTES DE 6.20
- SI LA RESPUESTA EN 6.16 ES CÓDIGO 2 → PREGUNTA 6.19B

6.19A. Cuando (NOMBRE) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música? <i>Pasa a filtro antes de 6.20</i>	MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO
6.19B. ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible oír.....	4

ENTREVISTADOR:

- SI LA RESPUESTA EN 6.17 ES CÓDIGO 1 → CONTINÚA
- SI LA RESPUESTA EN 6.17 ES CÓDIGO 2 → PASA A 6.24

6.20 Cuando (NOMBRE) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de una cancha de fútbol).

MUESTRA TARJETA 03 Y CRUZA UN CÓDIGO

Cierta dificultad.....	2	} Pasa a 6.22
Mucha dificultad.....	3	
Le resulta imposible caminar 100 m.....	4	

6.21 Cuando (NOMBRE) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de cinco canchas de fútbol).

MUESTRA TARJETA 03 Y CRUZA UN CÓDIGO

Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible caminar 500 m.....	4

6.22 Cuando (NOMBRE) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de una cancha de fútbol)

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1	} Pasa a 6.26
Cierta dificultad.....	2	
Mucha dificultad.....	3	
Le resulta imposible caminar 100 m.....	4	

6.23 Cuando (NOMBRE) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de cinco canchas de fútbol)

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1	} Pasa a 6.26
Cierta dificultad.....	2	
Mucha dificultad.....	3	
Le resulta imposible caminar 500 m.....	4	

6.24 En comparación con niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de una cancha de fútbol)

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1	} Pasa a 6.26
Cierta dificultad.....	2	
Mucha dificultad.....	3	
Le resulta imposible caminar 100 m.....	4	

6.25 En comparación con niños(as) de su misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? (explicar que es aproximadamente el largo de cinco canchas de fútbol)

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible caminar 500 m.....	4

6.26 ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para el cuidado propio, por ejemplo, para comer o vestirse solo(a)?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible encargarse de su cuidado propio.....	4

6.27 Cuando (NOMBRE) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido(a) por personas de este hogar?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible ser entendido(a).....	4

6.28 Cuando (NOMBRE) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido(a) por personas ajenas a este hogar?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible ser entendido(a).....	4

6.29 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para aprender cosas?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible aprender.....	4

6.30 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para recordar cosas?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible recordar.....	4

6.31 ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para concentrarse en las actividades que le gustan?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible concentrarse.....	4

6.32 ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para aceptar cambios en su rutina?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible aceptar cambios en su rutina.....	4

6.33 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para controlar su comportamiento?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible controlar su comportamiento.....	4

6.34 ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para hacer amigos?

MUESTRA TARJETA 02 Y CRUZA UN CÓDIGO

Ninguna dificultad.....	1
Cierta dificultad.....	2
Mucha dificultad.....	3
Le resulta imposible hacer amigos.....	4

ENTREVISTADOR: PIDE TARJETA AL INFORMANTE

6.35 Me gustaría saber, con qué frecuencia se muestra (NOMBRE) muy ansioso(a), nervioso(a) o preocupado(a), ¿diría que...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

diariamente?.....	1
semanalmente?.....	2
mensualmente?.....	3
varias veces al año?.....	4
nunca?.....	5

6.36 Me gustaría saber, con qué frecuencia se muestra (NOMBRE) muy triste o deprimido(a), ¿diría que...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

diariamente?.....	1
semanalmente?.....	2
mensualmente?.....	3
varias veces al año?.....	4
nunca?.....	5

OBSERVACIONES:

SECCIÓN VII. VIOLENCIA

PARA NIÑO(A) DE 5 A 9 AÑOS 11 MESES

7.1 Los adultos utilizan diversas maneras de enseñar a comportarse a los niños(as) o de responder a un problema de comportamiento. Le voy a leer varias maneras que se utilizan y me gustaría que me dijera si usted o alguien más del hogar ha utilizado alguna de estas maneras con (NOMBRE) en el último mes.

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
A. ¿Le quitaron permisos, le prohibieron algo que a (NOMBRE) le gusta o no lo(a) dejaron salir de la casa?.....	1	2	8
B. ¿Le explicaron a (NOMBRE) por qué su comportamiento estuvo mal?.....	1	2	8
C. ¿Lo(a) zarandearon o sacudieron?.....	1	2	8
D. ¿Le gritaron?.....	1	2	8
E. ¿Le dieron otra cosa qué hacer?.....	1	2	8
F. ¿Le dieron nalgadas o le pegaron en el trasero solo con la mano?.....	1	2	8
G. ¿Le pegaron en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como: un cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro?.....	1	2	8
H. ¿Le llamaron tonto(a), flojo(a) o alguna otra cosa parecida?.....	1	2	8
I. ¿Le pegaron con la mano en la cara, en la cabeza o en las orejas?.....	1	2	8
J. ¿Le pegaron con la mano en el brazo, en la pierna o en la mano?.....	1	2	8
K. ¿Le dieron una paliza, es decir, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron?.....	1	2	8

7.2 ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o una niña, él o ella debe ser castigado(a) físicamente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8
No sabe.....	9

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES: