

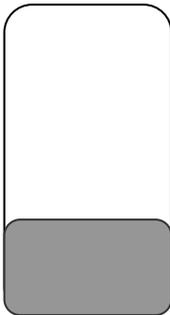


¿Durante las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, con qué frecuencia ha tenido molestias por este problema?

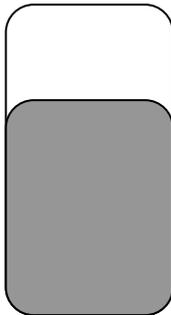
Nunca



Varios días



Más de la mitad de los días



Casi todos los días

