

**Red de Asma Infantil Merck (MCAN, por sus siglas en inglés)  
Elementos comunes de información**

*SITE-SPECIFIC INTRODUCTION AND INSTRUCTIONS*

***Interview information***

Patient ID \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [E.G., 12/31/1999]  
M M/D D/Y Y Y Y

Survey Administration Method

- 1  Telephone
- 2  In-person by Interviewer
- 3  Mail
- 4  Self-Administered
- 5  Other, \_\_\_\_\_

Survey (check one):

- 1  Baseline
- 2  6 month follow-up
- 3  12 month follow-up
- 4  Other, \_\_\_\_\_

PLEASE CHECK INTERVENTIONS IN WHICH CHILD/FAMILY HAS PARTICIPATED

***Chicago***

- 1  School Screening with Yes We Can
- 2  Mobile Pediatric Van
- 3  Open Airways
- 4  Home Visitation
- 5  BPAS+ Asthma Screening
- 6  Freedom From Smoking (parents)

***Los Angeles***

- 1  Breathmobile
- 2  Received Materials/Instructions from Nurse Case Manager
- 3  Health Insurance Outreach, Enrollment, and Retention
- 4  Open Airways
- 5  Starbright Asthma Kit used in school curriculum
- 6  Tobacco Use Prevention Education Program
- 7  Home Visitation by Nurse Case Manager using CASA Teaching Manual
- 8  Received Home Mitigation Materials

***New York***

- 1  NCICAS or Modified NCICAS Intervention (modified has no home visit)
- 2  Enroll children in health insurance plan
- 3  Modified NCICAS asthma prevalence screening survey (in schools)
- 4  Wee Wheezers
- 5  Asthma Basics for Children
- 6  Open Airways
- 7  Received modified NCICAS asthma information materials through schools
- 8   NCICAS Integrated Pest Management Home Environmental Assessment & Trigger Reduction

Activities

***Philadelphia***

- 1  School BPAS Screening
- 2  Asthma Awareness Days
- 3  Open Airways
- 4  Door to Door Screening
- 5  Home Visits using Modified NCICAS
- 6  Link Line
- 7  ACT Asthma Education
- 8  You Can Control Asthma Community Class

***Puerto Rico***

- 1  Yes We Can home treatment protocol
- 2  Yes We Can clinical recruitment protocol
- 3  Clinical Risk Assessment
- 4  Open Airways
- 5  ICAS home educational module

NOS GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE [CHILD's NAME] PUEDA ESTAR TOMANDO PARA SU ASMA. ESTOS PUEDEN SER MEDICAMENTOS QUE SE PUEDEN COMPRAR SIN NECESIDAD DE UNA RECETA MÉDICA O MEDICAMENTOS QUE UN DOCTOR HAYA RECETADO O LE HAYA DADO A USTED PARA EL ASMA DE [CHILD's NAME].

1. ¿Toma [CHILD's NAME] algún medicamento para el asma actualmente? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

- 1  Sí [IR A LA PREG. 2]  
2  No [PASAR A LA PREG. 4]  
994  No sabe [PASAR A LA PREG. 4]  
997  Se rehusó [PASAR A LA PREG. 4]

2. Por favor, díganos los nombres de esos medicamentos y si los toma todos los días o cuando es necesario: [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT; ADD MORE LINES IF CHILD TAKES MORE THAN SIX (6) MEDICATIONS FOR ASTHMA]

[NOTA: ESTOS PUEDEN SER MEDICAMENTOS QUE SE PUEDEN COMPRAR SIN NECESIDAD DE UNA RECETA MÉDICA O MEDICAMENTOS RECETADOS POR UN DOCTOR]  
[NOTA: SI EL PARTICIPANTE RESPONDE QUE SE USA UN INHALADOR, PREGÚNTELE SI SABE EL NOMBRE DEL INHALADOR]

2.1M Medicamento 1 \_\_\_\_\_ 2.1T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

2.2M Medicamento 2 \_\_\_\_\_ 2.2T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

2.3M Medicamento 3 \_\_\_\_\_ 2.3T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

2.4M Medicamento 4 \_\_\_\_\_ 2.4T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

2.5M Medicamento 5 \_\_\_\_\_ 2.5T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

2.6M Medicamento 6 \_\_\_\_\_ 2.6T 1  Todos los días 2  Cuando es necesario  
994  No sabe 997  Se rehusó

- 994  No sabe  
997  Se rehusó

[NOTA: PREGÚNTELE AL PARTICIPANTE SI SE LE VIENE A LA MENTE ALGÚN MEDICAMENTO ADICIONAL ANTES DE CONTINUAR CON LA SIGUIENTE PREGUNTA]

3. Durante los últimos 14 días, ¿cuántos días usó [CHILD's NAME] su medicamento para alivio rápido o de rescate para el asma, por tener silbido (pito) al respirar o por sentir presión en el pecho, o tos? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: AL DECIR UN DÍA, PIENSE EN UN PERÍODO DE 24 HORAS. SI EL/LA NIÑO(A) TUVO EPISODIOS MÚLTIPLES DE ASMA YA SEA DURANTE EL DÍA O LA NOCHE EN UN PERÍODO DE 24 HORAS, POR FAVOR, CUÉNTELO COMO UN (1) DÍA]

\_\_\_\_\_ Días [RANGO DEL 0 AL 14]

992  No aplica [EL/LA NIÑO(A) NO TOMA MEDICAMENTOS DE RESCATE]

994  No sabe

997  Se rehusó

4. Un plan de acción o de control de asma es un formulario impreso que indica cuándo aumentar la cantidad del medicamento, cuándo tomar otro medicamento, cuándo llamar al doctor para una consulta y cuándo ir a la sala de emergencias. ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dado a [CHILD's NAME] o al padre/madre/guardián/tutor de [CHILD's NAME] un plan de control para el asma? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

1  Sí

2  No

994  No sabe

997  Se rehusó

AHORA QUEREMOS HABLAR CON USTED ACERCA DE CÓMO EL ASMA LE AFECTA A USTED Y A [CHILD's NAME] CADA DÍA.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LA SALUD DE [CHILD's NAME] EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ES DECIR, LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, DESDE [GIVE RESPONDENT THE DATE 14 DAYS PRIOR TO TODAY]. ALGUNAS PREGUNTAS SON ACERCA DEL ASMA DE SU NIÑO(A) DURANTE EL DÍA Y ALGUNAS PREGUNTAS SON ACERCA DEL ASMA DE SU NIÑO(A) DURANTE LA NOCHE.

5. En los últimos 14 días, ¿cuántos días tuvo [CHILD's NAME] silbido (pito) al respirar o presión en el pecho, o tos? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: SI EL/LA NIÑO(A) TUVO EPISODIOS MÚLTIPLES DE ASMA DURANTE EL DÍA, POR FAVOR, CUÉNTELO COMO UN (1) DÍA]

\_\_\_\_\_ Días [RANGO DEL 0 AL 14]

994  No sabe

997  Se rehusó

6. En las últimas 14 noches, ¿cuántas noches se despertó [CHILD's NAME] debido al asma, silbido (pito) al respirar o presión en el pecho, o tos? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: SI EL/LA NIÑO(A) TUVO EPISODIOS MÚLTIPLES DE ASMA DURANTE LA NOCHE, POR FAVOR, CUÉNTELO COMO UNA (1) NOCHE]

\_\_\_\_\_ Noches [RANGO DEL 0 AL 14]

994  No sabe

997  Se rehusó

7. En los últimos 14 días, ¿cuántos días ha tenido [CHILD's NAME] que disminuir o parar de jugar o hacer sus actividades debido al asma, silbido (pito) al respirar o presión en el pecho, o tos? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: SI EL/LA NIÑO(A) TUVO QUE JUGAR MÁS DESPACIO O TUVO QUE PARAR DE JUGAR VARIAS VECES EN UN DÍA, POR FAVOR, CUÉNTELO COMO UN (1) DÍA]

\_\_\_\_\_ Días [RANGO DEL 0 AL 14]

994  No sabe

997  Se rehusó

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ES DECIR, DESDE [GIVE RESPONDENT THE DATE ONE YEAR PRIOR TO TODAY'S DATE]

8. Durante los últimos doce (12) meses, ¿cuántos días ha faltado [CHILD'S NAME] a la escuela por cualquier razón? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: POR FAVOR, INCLUYA SOLAMENTE LOS DÍAS CUANDO LA ESCUELA (O LA GUARDERÍA/CENTRO PRE-ESCOLAR, DEPENDIENDO DE LA EDAD DEL/DE LA NIÑO(A)) TENÍA CLASES REGULARES O ATENCIÓN REGULAR]

\_\_\_\_\_ Días [RANGO DEL 0 AL 365]

992  No aplica [EL/LA NIÑO(A) NO ASISTE A LA ESCUELA; PASAR A LA PREG. 10]

994  No sabe

997  Se rehusó

9. Durante los últimos doce (12) meses, ¿cuántos días ha faltado [CHILD'S NAME] a la escuela debido al asma? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: POR FAVOR, INCLUYA SOLAMENTE LOS DÍAS CUANDO LA ESCUELA (O LA GUARDERÍA/CENTRO PRE-ESCOLAR, DEPENDIENDO DE LA EDAD DEL/DE LA NIÑO(A)) TENÍA CLASES REGULARES O ATENCIÓN REGULAR]

\_\_\_\_\_ Días [RANGO DEL 0 AL 365; NO DEBE EXCEDER EL NÚMERO DE LA RESPUESTA A LA PREG. 8]

992  No aplica [EL/LA NIÑO(A) NO ASISTE A LA ESCUELA]

994  No sabe

997  Se rehusó

10. En los últimos doce (12) meses, ¿cuántas veces ha sido tratado(a) [CHILD'S NAME] en la sala de emergencias debido al asma (sin hospitalización)? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: NO INCLUYA LAS VECES CUANDO SU NIÑO(A) FUE ADMITIDO(A) PARA QUEDARSE EN EL HOSPITAL POR UNA NOCHE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER SIDO TRATADO(A) EN LA SALA DE EMERGENCIAS]

\_\_\_\_\_ Veces [RANGO DEL 0 AL 365]

994  No sabe

997  Se rehusó

11. En los últimos doce (12) meses, ¿cuántas veces ha tenido que pasar la noche [CHILD'S NAME] en un hospital debido al asma? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: ESTE NÚMERO DE VECES NO INCLUIRÍA LAS VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS QUE NO RESULTARON EN QUE EL/NIÑO(A) SE QUEDARA EN EL HOSPITAL POR UNA NOCHE]

\_\_\_\_\_ Veces [RANGO DEL 0 AL 365]

994  No sabe

997  Se rehusó

AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LAS COSAS QUE HA HECHO PARA CONTROLAR EL ASMA DE [CHILD's NAME] EN EL HOGAR. ALGUNOS PADRES PIENSAN QUE ESTAS COSAS SON ÚTILES; OTROS PADRES PIENSAN QUE NO SON ÚTILES.

12. Los factores que provocan el asma son cosas que pudieran iniciar o producir un ataque de asma en su niño(a). El humo del cigarrillo, mascotas y polvo son factores que provocan ataques de asma en algunos niños. ¿Ha tomado usted algunas medidas para reducir los factores que provocan el asma para [CHILD's NAME] en su hogar? [ASK OPEN-ENDED, DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT]

[NOTA: LOS FACTORES QUE PROVOCAN EL ASMA TAMBIÉN PUEDEN HACER QUE EL ASMA DE SU NIÑO(A) EMPEORE]

- 1  Sí [IR A LA PREG. 13]  
2  No [PASAR A LA PREG. 14]  
994  No sabe [VEA LA NOTA A CONTINUACIÓN; SI LA RESPUESTA SIGUE SIENDO NO SABE, PASAR A LA PREG. 14]  
997  Se rehusó [PASAR A LA PREG. 14]

[NOTA: SI LA RESPUESTA ES NO SABE: LAS MEDIDAS QUE SE TOMAN PUEDEN SER COSAS COMO QUITAR EL POLVO CON MÁS FRECUENCIA O NO PERMITIR EL FUMAR EN SU HOGAR]

13. ¿Qué medidas ha tomado usted para reducir los factores que provocan el asma en su hogar? [ASK THIS QUESTION OPEN-ENDED AND SEPARATELY RECORD EACH STEP MENTIONED BY THE RESPONDENT]

- 1  \_\_\_\_\_  
2  \_\_\_\_\_  
3  \_\_\_\_\_  
4  \_\_\_\_\_  
5  \_\_\_\_\_  
6  \_\_\_\_\_  
7  \_\_\_\_\_  
8  \_\_\_\_\_  
9  \_\_\_\_\_  
10  \_\_\_\_\_

- 994  No sabe  
997  Se rehusó

14. Para responder a la siguiente pregunta, le voy a leer una lista de opciones desde sumamente de acuerdo hasta sumamente en desacuerdo. ¿Qué tan de acuerdo está usted con la siguiente declaración?: Tengo control sobre el asma de [CHILD's NAME]. [READ OPTIONS TO RESPONDENT AND SELECT APPROPRIATE ANSWER]

- 1  Sumamente de acuerdo
- 2  De acuerdo
- 3  En desacuerdo
- 4  Sumamente en desacuerdo
- 994  No sabe [DO NOT READ]
- 997  Se rehusó [DO NOT READ]



## Datos demográficos

Suggested text to preface demographic questions – each site may use or not use this text as they want

*PUEDE QUE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS QUE LE VAMOS A HACER AHORA LES PAREZCAN PERSONALES A ALGUNAS PERSONAS. USTED NO TIENE QUE CONTESTAR NINGUNA PREGUNTA QUE LO(A) HAGA SENTIRSE INCÓMODO(A). SU NOMBRE NO SE RELACIONARÁ CON NINGUNA DE SUS RESPUESTAS.*

*SIN EMBARGO, SUS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS AYUDARÁN A [NAME OF SITE'S PROGRAM] A APRENDER MÁS SOBRE EL ASMA Y SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS QUE VIVEN EN NUESTRA COMUNIDAD.*

*SUS RESPUESTAS TAMBIÉN NOS AYUDARÁN A SERVIR MEJOR A LOS NIÑOS CON ASMA EN NUESTRA COMUNIDAD Y TAMBIÉN SERVIRÁN PARA AYUDAR A QUE OTRAS COMUNIDADES COMO LAS NUESTRAS MEJOREN SUS SERVICIOS PARA EL ASMA.*

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [CHILD'S NAME]? [RANGO DEL MES: DEL 0 AL 12; RANGO DEL DÍA: DEL 1 AL 31; EL AÑO SE REGISTRA CON 4 DÍGITOS]

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ [POR EJEMPLO: 12/31/1999 (MES / DÍA / AÑO)]  
M M/ D D/ A A A A

994  No sabe

997  Se rehusó

2. ¿Cuál es el sexo de [CHILD'S NAME]? [NO NEED TO ASK, JUST MARK APPROPRIATE RESPONSE]

1  Masculino

2  Femenino

3. ¿Cuál es su relación con [CHILD'S NAME]? [MADRE, PADRE, ABUELA, ETC]

\_\_\_\_\_ Parentesco

994  No sabe

997  Se rehusó

4. ¿Cómo describiría la raza, nacionalidad u origen étnico de [CHILD'S NAME]? [ASK OPEN-ENDED AND USE CODES BELOW]

- 1  Hispano(a) [IF PERSON SAYS "HISPANO(A)," PROMPT BY READING THROUGH THE OPTIONS: "¿DIRÍA USTED PUERTORRIQUEÑO(A)? ¿DOMINICANO(A)? ¿MEXICANO(A)?" AND USE CODES BELOW]
- 11  Puertorriqueño(a)
- 12  Dominicano(a)
- 13  Mexicano(a)
- 14  Sudamericano(a)
- 15  Centroamericano(a)/Latinoamericano(a)
- 16  Cubano(a)
- 17  Otro origen hispano
- 2  Negro(a)/Afroamericano(a)
- 3  Blanco(a)
- 4  Asiático(a)
- 5  De dos o más razas, [ESPECIFICAR] \_\_\_\_\_
- 6  Indio(a) nativo(a) americano(a)
- 7  Otro, [ESPECIFICAR] \_\_\_\_\_
- 994  No sabe
- 997  Se rehusó

[NOTE ON CODING: HISPANIC IS CODED AS 1 IF NO MORE DETAIL IS PROVIDED. PUERTO RICAN IS CODED 11, ETC.]

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose usted?

[NOTA: CUENTE A [CHILD'S NAME] Y CUÉNTENSE USTED MISMO(A)]

- \_\_\_\_\_ Personas
- 994  No sabe
- 997  Se rehusó

6. ¿Cuántos niños viven en su hogar?

[NOTA: ESTAMOS PREGUNTANDO ACERCA DE LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD. CUENTE A [CHILD'S NAME]]

- \_\_\_\_\_ Niños [NO DEBE EXCEDER EL NÚMERO DE LA RESPUESTA A LA PREG. 5]
- 994  No sabe
- 997  Se rehusó

7. ¿Habla la persona principal del cuidado de [CHILD'S NAME] otro idioma aparte del inglés en el hogar?

- 1  Sí [IR A LA PREG. 8]
- 2  No [PASAR A LA PREG. 9]
- 994  No sabe [PASAR A LA PREG. 9]
- 997  Se rehusó [PASAR A LA PREG. 9]

8. Si la respuesta fue sí, ¿qué idioma habla?

Idioma \_\_\_\_\_

- 994  No sabe  
997  Se rehusó

9. ¿Cuál es el grado o nivel de educación más avanzado que ha COMPLETADO la persona principal del cuidado de [CHILD's NAME]?

*[IF THE QUESTION IS ASKED OVER THE PHONE OR IF IT IS SELF-ADMINISTERED, USE THIS QUESTION. IF THE QUESTION IS ASKED OVER THE PHONE, ALLOW RESPONDENTS TO STOP INTERVIEWERS WHEN THEY HEAR THE CORRECT RESPONSE. IF QUESTION IS ASKED IN-PERSON BY AN INTERVIEWER, CONSIDER USING A SHOWCARD WITH THE OPTIONS LISTED AND ASK THE RESPONDENTS TO POINT TO THEIR CATEGORY]*

- 1  No asistió a la escuela/ sólo asistió a kindergarten  
2  1° grado  
3  2° grado  
4  3° grado  
5  4° grado  
6  5° grado  
7  6° grado  
8  7° grado  
9  8° grado  
10  9° grado  
11  10° grado  
12  11° grado  
13  12° grado, SIN DIPLOMA  
14  Diploma de Equivalencia General o GED o su equivalente  
15  GRADUADO(A) DE LA SECUNDARIA/PREPARATORIA O “HIGH SCHOOL” – DIPLOMA de secundaria/preparatoria o “high school”  
16  Algo de universidad, pero no recibió un título  
17  Título de universidad de 2 años o Asociado: programa ocupacional, técnico o vocacional  
18  Título de universidad de 2 años o Asociado: programa académico  
19  Título de universidad de 4 años  
20  Maestría  
21  Título profesional (por ejemplo: doctor en medicina)  
22  Doctorado  
994  No sabe  
997  Se rehusó

*Note: Sites choosing not to ask about income need to provide the Census tract for each respondent*

*[IF THE INCOME QUESTION IS ASKED OVER THE PHONE OR IF IT IS SELF-ADMINISTERED, USE THIS QUESTION. IF THE QUESTION IS ASKED OVER THE PHONE, ALLOW RESPONDENTS TO STOP INTERVIEWERS WHEN THEY HEAR THE CORRECT RESPONSE.]*

**10.** Refiriéndonos al mes pasado, ¿cuál fue su ingreso familiar total de todas las fuentes? Incluya los ingresos de todos los miembros de su hogar. Por favor, dénos la cantidad sin contar los impuestos y otras deducciones. Si se desconoce el ingreso mensual, haga un cálculo de su ingreso anual.

- 1  Menos de \$833 dólares al mes (menos de \$10,000 dólares al año)  
2  De \$834 a \$1,666 dólares al mes (de \$10,000 a \$19,999 dólares al año)  
3  De \$1,667 a \$2,500 dólares al mes (de \$20,000 a \$29,999 dólares al año)  
4  De \$2,501 a \$3,333 dólares al mes (de \$30,000 a \$39,999 dólares al año)  
5  De \$3,334 a \$3,750 dólares al mes (de \$40,000 a \$49,999 dólares al año)  
6  Más de \$4,166 dólares al mes (más de \$50,000 dólares al año)  
994  No sabe  
997  Se rehusó

*[IF THE INCOME QUESTION IS ASKED IN PERSON BY AN INTERVIEWER, USE THIS QUESTION AND CONSIDER SHOWING THE TABLE AND ASKING RESPONDENTS TO POINT TO THEIR CATEGORY, THEN ENTER THE INCOME CODE, RATHER THAN THE DOLLAR AMOUNT]*

**10.** Refiriéndonos al mes pasado, ¿cuál fue el ingreso familiar total de todas las fuentes de ingresos? Incluya los ingresos de todos los miembros de su hogar. Por favor, señale la respuesta que sea más cercana al total de su ingreso familiar.

Código del ingreso \_\_\_\_\_

- 994  No sabe  
997  Se rehusó

<b>Mensual</b>	<b>Código del ingreso</b>	<b>Anual</b>
Menos de \$833 dólares al mes	<b>1</b>	menos de \$10,000 dólares al año
De \$834 a \$1,666 dólares al mes	<b>2</b>	de \$10,000 a \$19,999 dólares al año
De \$1,667 a \$2,500 dólares al mes	<b>3</b>	de \$20,000 a \$29,999 dólares al año
De \$2,501 a \$3,333 dólares al mes	<b>4</b>	de \$30,000 a \$39,999 dólares al año
De \$3,334 a \$3,750 dólares al mes	<b>5</b>	de \$40,000 a \$49,999 dólares al año
Más de \$4,166 dólares al mes	<b>6</b>	más de \$50,000 dólares al año
- Incluya todas las fuentes de ingresos - Si se desconoce el ingreso mensual, haga un cálculo del ingreso anual - Por favor, dénos la cantidad sin contar los impuestos y otras deducciones.		

**11.** ¿Tiene seguro médico el/la niño(a)?

- 1  Sí  
2  No  
994  No sabe  
997  Se rehusó

**12. ¿Cuántos años ha vivido usted en su vivienda actual?**

- 1  Menos de un año
- 2  De 1 a 2 años
- 3  De 3 a 5 años
- 4  Más de 5 años
- 994  No sabe
- 997  Se rehusó