

DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO CON MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR) EN NIÑOS CON TRAUMAS PSICOLÓGICOS

Yolanda Díaz Castro

Yairelys Espinosa Ferro

Policlínico “Elena Fernández Castro”, Los Palacios. Pinar del Río.

Alina M. Rivero Brito

Hospital Pediátrico Provincial “Pepe Portilla”. Pinar del Río.

Resumen

La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR acrónimo en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) constituye uno de los abordajes psicoterapéuticos más importantes, el cual se utiliza en diferentes trastornos psicológicos. Este estudio tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de la técnica EMDR en los niños con traumas psicológicos. Se realizó una investigación experimental con un diseño de estudio longitudinal prospectivo, con metodología cualitativa en el departamento de Salud Mental de Los Palacios en el período comprendido entre enero 2016 y diciembre 2017. El universo estuvo constituido por todos los niños con trastornos del espectro de traumas psicológicos que acudieron a la consulta de psicología del referido centro, en el período de tiempo antes mencionado. La muestra quedó conformada por 46 niños entre 3 y 16 años de edad; evaluando los casos de manera individual y evolucionándolos semanalmente durante dos meses, para ello se utilizó una entrevista semiestructurada, una guía de observación donde cada padre debía ir registrando la presencia o no de los síntomas, diagnosticados al inicio, diariamente, para al final triangular toda la información. Apreciando que desde la primera sesión la respuesta fue evidentemente favorable, el 91.4% se había recuperado en la quinta sesión, en la octava sesión había una recuperación total en todos los casos.

Palabras claves: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, Traumas, Niños.

Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is one of the more important psychoterapeutic treatment, which is used in different psychological dysfunctions. The study had the objective of evaluating the effectiveness of the technical EMDR in the children with psychological traumas. He was carried out an experimental investigation with a design of prospective longitudinal study, with qualitative methodology in the department of Mental Health of The Palacios in the period understood among January 2016 and December 2017. The universe was constituted by all the children with dysfunctions of the spectrum of psychological traumas that went to the psychology consultation of the one referred center, in the period before mentioned. The sample was conformed by 46 children between 3 and 16 years of age; evaluating the cases in an individual way and evolving them weekly during two months, for it was used it an interview half structured, an observation guide where each father should go registering the presence or not of the symptoms, diagnosed to the beginning, daily, for finally check all the information. Appreciating that from the first session the answer was evidently favorable, 91.4% had recovered in the fifth session, in the eighth session there was a total recovery in all the cases.

Key words: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, psychological traumas, children.

Introducción

La técnica EMDR (acrónimo en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* o Movimiento Ocular Desensibilizador y Reprocesador) fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurría primariamente a la narración de experiencias traumáticas, sino que reclamaba ser capaz de integrar, de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos, demandando para ello que los pacientes con TEPT (Trastornos de Estrés Postraumático) centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática a la vez que seguían la mano del médico quien inducía la aparición de movimientos oculares lentos (Shapiro, 2002).

Articulada hacia 1988 por Francine Shapiro (psicóloga norteamericana), ha sido objeto de un intenso estudio científico, encontrándose que es un tratamiento bastante eficaz del TEPT, así como de otros trastornos del espectro de traumas psicológicos, duelos, violaciones, ataques de pánico, etcétera. Aunque el papel específico, que juegan los movimientos oculares en la acción terapéutica, sigue siendo motivo de controversia (2002). Shapiro, observó por casualidad que los movimientos oculares en ciertas condiciones pueden reducir la intensidad de los pensamientos perturbadores. (Bicker, 2007). Esto fue el principio del desarrollo de este método terapéutico que utiliza la estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) para procesar recuerdos traumáticos, cambiar creencias auto limitantes y desensibilizar emociones y sensaciones negativas. Este método combina elementos de orientaciones tales como el psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, etcétera.

EMDR reducía de manera significativa los síntomas del Trastorno por Estrés Post Traumático en estos sujetos. Pero con el tiempo, quedó claro que esa desensibilización de la ansiedad era solo un derivado de lo que estaba pasando. Lo que realmente se estaba viendo era “el reprocesamiento” que en realidad significa un proceso de aprendizaje activo. Así, la persona podría perturbarse por un suceso particular, y nosotros vimos como se almacenaba en el cerebro en una forma similar a cómo las percepciones fueron codificadas al inicio. La información natural procesada que era necesaria tomar para la resolución parecía haber sido apartada debido a la perturbación. Así cuando usamos EMDR, logramos acceder a los sucesos más tempranos que son problemáticos y estimulamos el sistema de procesamiento. Nos aseguramos que la información logra llegar a una resolución adaptativa. Lo que es útil es aprendido, almacenado apropiadamente y con la capacidad para guiar a la persona de manera adecuada en el futuro. Lo que es inútil, las autoconcepciones negativas, las emociones dolorosas, la sobreexcitación nerviosa, están descartadas sin más. Es un resultado natural del aprendizaje dinámico. El individuo no solo desensibiliza la ansiedad, sino que atraviesa muchas emociones como la culpa, enojo, tristeza y rabia que la psicoterapia típica es incapaz de tocar (por ejemplo, las terapias de la exposición no son normalmente útiles para problemas de culpa o problemas de enfado). EMDR produce un aprendizaje muy rápido.

Es importante considerar que muchos trastornos que llevan a una persona al psicólogo son producto de las experiencias más tempranas. No tiene que ser la gran "T", el Trauma de una violación o una experiencia de combate, pero puede ser una "t" pequeña, el trauma de humillaciones de la niñez o el abandono. Lo que buscamos en el uso de EMDR es donde los clientes tienen el problema –qué experiencias más tempranas están contribuyendo a su problema, y qué elementos positivos necesitan ser incorporados. EMDR también puede catalizar la mejora de los afectos positivos, las creencias positivas, y las conductas positivas. De manera que se trabaja todo el espectro del cuadro clínico. La duración de la terapia

generalmente requiere de pocas sesiones, dependerá, del número de situaciones a procesar y de la complejidad de la historia del paciente (Galve, 2007).

La licenciada Alicia de la Fuente, psicóloga y neuropsicóloga cognitiva, cuenta con muchos años de experiencia en EMDR y junto a otros investigadores han catalogado esta técnica como una terapia de avanzada por todos los desórdenes en que puede utilizarse (2016). Se han realizado múltiples estudios aleatorios controlados en los que se ha demostrado la efectividad del EMDR en un amplio rango de poblaciones y trastornos (Álvarez, 2012).

Una de las más influyentes organizaciones humanitarias en asistencia psicológica en desastres es EMDR-HAP (Humanitarian Assistance Programs) que dispuso de 500 terapeutas especializados en las técnicas de EMDR, para atender de manera gratuita a las víctimas del 11 de septiembre, obteniendo resultados muy efectivos (Sanfiz, 2002).

En Cuba se introdujo la técnica en el Congreso Internacional de Salud y Desastre, 2009 y aún son incipientes las investigaciones que existen sobre esta temática.

En el departamento de Salud Mental de Los Palacios la población infantil con trastornos psicológicos secundarios a eventos traumáticos es uno de los motivos de consulta más frecuentes, los profesionales no contábamos hasta esa fecha con una técnica que permitiera ofrecer una respuesta rápida y eficaz pues las terapias convencionales requieren de un proceso más lento y en ocasiones la sintomatología del niño era tan intensa que era necesario medicarlo, por lo que emerge como problema de esta investigación: ¿Resulta eficaz el abordaje psicoterapéutico EMDR para el tratamiento de los traumas psicológicos infantiles?

Planteándonos el objetivo: Evaluar la eficacia del abordaje psicoterapéutico EMDR para el tratamiento de los traumas psicológicos infantiles.

80

Material y método

Se realizó una investigación experimental con un diseño de estudio longitudinal prospectivo, con metodología cualitativa en el departamento de Salud Mental de Los Palacios en el período comprendido entre enero 2016 y diciembre 2017. El universo estuvo constituido por todos los niños con trastornos del espectro de traumas psicológicos que acudieron a la consulta de psicología del referido centro, en el período de tiempo antes mencionado. La muestra quedó conformada por 46 niños entre 3 y 16 años de edad; evaluando los casos de manera individual y evolucionándolos semanalmente durante dos meses, para ello se utilizó una entrevista semiestructurada, una guía de observación donde cada padre debía ir registrando la presencia o no de los síntomas, diagnosticados al inicio, diariamente, para por último triangular toda la información. Tres meses después de la última sesión se realizó una reevaluación de toda la muestra. Se siguió la metodología propuesta por los creadores de la técnica y sus 8 fases. Trabajando las tres vertientes: Pasado, presente y futuro.

Criterios de inclusión: Que los niños sean relativamente sanos sin antecedentes de trastornos orgánicos, los síntomas deberán ser identificados luego de eventos muy desagradables o traumáticos. Que los padres ofrezcan su consentimiento para formar parte del tratamiento.

En la fase de medición del trauma propuesta por los autores del abordaje terapéutico se utiliza la siguiente nomenclatura:

SUDS: ESCALA DE LAS UNIDADES DE PERTURBACIÓN SUBJETIVA)

VoC. Validez de la cognición positiva.

SUDs: Es el grado de perturbación que siente el sujeto cuando piensa en el evento traumático y en la creencia negativa con la que este se asocia. Este se mide en una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación y 10 es el máximo grado de perturbación que se puede sentir.

VoC: Es el valor que el sujeto siente que tiene la creencia positiva que el terapeuta intenta instalar a través del reprocesamiento o estimulación bilateral, esta se mide en una escala de 1 a 7, donde 1 la siente falsa y 7 absolutamente verdadera (Pérez, 2012).

En el caso de niños muy pequeños esta medición se adecua a su edad y lenguaje y se les pide que digan con las manos de qué tamaño es, grande, mediano, pequeño o desapareció cuando juntan las palmas de ambas manos. En niños mayores se puede utilizar el dibujo desagradable que le recuerda el evento traumático y dibujo agradable que representa lo que desea recordar.

Resultados y discusión

Se evaluaron un total de 46 casos de ellos 36 niños en edades comprendidas entre 3 y 10 años y 10 adolescentes de 11 a 16 años.

Los principales resultados obtenidos fueron:

Predominaron los niños entre 6 y 10 años (60,9%), raza blanca (65,2%) y sexo masculino (54.3%).

Edad	Número	%
3-5	8	17.4
6-10	28	60.9
11-16	10	21.7
Total	46	100

Tabla1. Edad de los niños estudiados

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a la muestra.

Los síntomas más frecuentes fueron la ansiedad, tristeza y miedos, pero el abordaje no trabaja los síntomas sino los recuerdos negativos que resultan en dianas para el trauma psicológico, los síntomas le permiten al terapeuta observar la evolución del caso.

Entre Las causas asociadas al trauma se aprecia la violencia psicológica.

En el gráfico se muestran 3 categorías de violencia que no son excluyentes, es decir, hubo casos, la mayoría de ellos, que habían sido víctimas de varios tipos de violencia, por ejemplo: negligencia y carencia afectiva de alguna de las figuras paternas que es considerado maltrato psicológico y acoso sexual o abuso lascivo, o por ejemplo, el caso de una adolescente en la que en su historia de vida habían varios traumas asociados a la esfera familiar, escolar y social, esta adolescente tenía un diagnóstico de fobia social y depresión pues además estaba atravesando el duelo reciente por el fallecimiento de la madre. El *bullying* estuvo presente en un porcentaje importante de casos (50%) como origen o causas asociadas a la sintomatología del menor, el cual es considerado un tipo de violencia psicológica que puede dejar serias secuelas durante años.

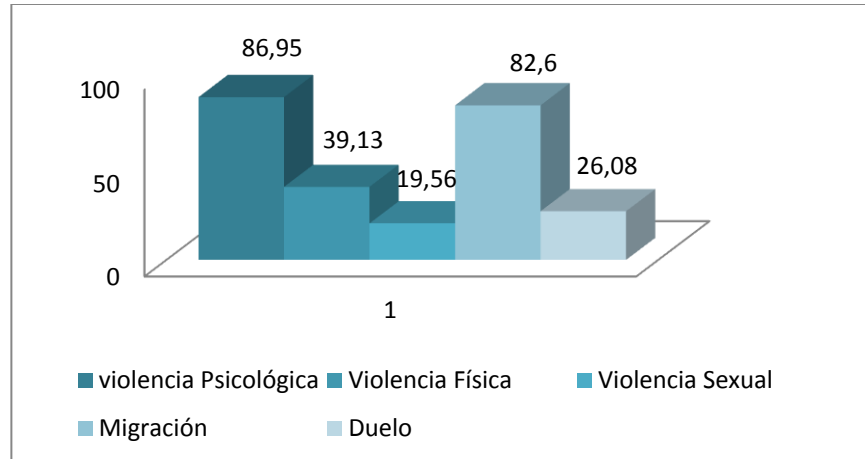


Grafico.1. Causas asociadas al trauma

En cada sesión se trabaja un solo evento, la estimulación bilateral se hace a través de movimientos oculares aunque en los eventos más difíciles de reprocesar se utilizan la estimulación táctil y la auditiva, sobre todo en aquellos donde la perturbación emocional aumenta y no baja después de varias tandas de estimulación ocular.

En este estudio se pudo constatar como en edades más tempranas donde no hay un buen desarrollo del lenguaje aún, el niño traumatizado después de un evento de gran tensión va expresando con su cuerpo y dando señales no verbales durante el reprocesamiento, un ejemplo ilustrativo resultó ser el de una niña de 4 años que fue macheteada junto a su madre por la pareja de esta, mientras el terapeuta hacía la estimulación bilateral táctil, la angustia de la menor y su conducta iban indicando cuánto sufrió en aquel momento, reproduciendo los mismos gritos y gestos al ser atacada y mientras se avanzaba en la sesión se fue “apagando” hasta quedar casi dormida. En niños mayores van dando indicadores de mejoría a medida que aparecen nuevos recuerdos positivos o verbalizaciones que denotan como cambian su percepción del evento hasta llegar a no resultarles perturbador. Algunas verbalizaciones fueron:

- “¡Esto es mágico!”
- “¡Parece increíble!”
- “¡Es como si te cambiaran los cristales de los espejuelos, lo ves todo diferente!”
- “¡Es como si me quitaran un gran peso de encima!”
- “Veo la vida diferente y la que ha cambiado soy yo y no mi vida”.
- “Siento una corriente que recorre mi cabeza, como cosquillas agradables”.

Se trabaja patrón a futuro, luego de todos los eventos reprocesados, visualizándose con optimismo, o con la cualidad positiva que necesita tener para un funcionamiento adecuado.

La evolución fue evidentemente favorable desde la primera sesión y en la quinta sesión hubo una recuperación total en la mayoría de los casos. (91,4%).

Solo en el caso de adolescentes cuyo cuadro clínico e historia de vida fue más complejo se logró la total recuperación a la octava sesión. Tres meses después de la última sesión se reevaluó cada caso reafirmando su satisfacción con la evolución.

Remisión total	Número	%	Total %	
Tercera sesión	31	67.4	67.4	
Quinta sesión	11	24	91.4	
Octava sesión	4	8.6	100	Total 46
				100

Tabla 3. Evolución por sesiones de psicoterapia

Discusión

Según investigaciones parece ser que es posible que el EMDR sea eficaz, incluso estando las personas en un estado de relativo silencio; que el EMDR puede tener una acción beneficiosa incluso en ausencia de una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta.

Las imágenes cerebrales de las que disponen señalan que, previo al tratamiento (Anexo 1), algunos sujetos incluidos en el estudio presentaban una menor activación del lóbulo prefrontal cuando eran sometidos a su guion de trauma personalizado. Al cabo de tres sesiones con EMDR parecía ser que existía un aumento en el metabolismo del lóbulo prefrontal. Ello sería un reflejo del mayor funcionamiento del lóbulo frontal lo cual facilitaría ser capaz de dar sentido a la estimulación sensorial entrante. Pareciera ser que esta mayor capacidad del lóbulo frontal se reflejaría en el cambio que los sujetos realizarían en la narración de sus recuerdos traumáticos. Tras el tratamiento con EMDR, la narrativa de sus traumas adquiriría un carácter más simbólico que antes. (Shapiro, 2002)

En las llamadas “**condiciones médicas**” se han tenido grandes éxitos, en la desaparición o atenuación de la sintomatología y en el reprocesamiento de las causas emocionales o mentales productoras de estrés, que desencadenaron o empeoraron el curso de la enfermedad.

Su éxito ha sido tan rotundo que se multiplicaron las investigaciones sobre su capacidad de curar otras patologías, por lo que cientos de estudios de casos han sido publicados y la amplia investigación experimental realizada en Estados Unidos y en Europa garantiza su efectividad (Zamora, 2017).

Con las terapias de alto impacto, como EMDR y otras, gran cantidad de veces puede curarse el ataque de pánico sin necesidad de medicar. Cuando está bien conducido, en el primer momento evita las crisis, o por lo menos reduce sustancialmente la intensidad y la frecuencia de estas trayendo un alivio significativo. En la medida en que van pasando las sesiones terapéuticas, el paciente va aprendiendo más sobre sus síntomas, sobre sí mismo y sobre todo aprendiendo a actuar de acuerdo con esos descubrimientos o nuevas percepciones. Por lo tanto al familiarizarse con sus potencialidades, el paciente se volverá el propio agente de cambio de su estado en vez de avergonzarse de él (Pérez, 2012).

En 2009 el APA (Asociación Americana de Psiquiatría) lo reconoció como la terapia más efectiva para el tratamiento de traumas (García y Fernández, 2014):

En este estudio al tratarse de niños cuya experiencia de vida es más corta fue menos complicado detectar los eventos que desencadenaron el trauma psicológico para poder

acceder a esos recuerdos y reprocesarlos, siempre se le ha dado valor a la relación terapéutica, pues la empatía con el niño es una necesidad para lograr que confiese todo su malestar, es importante además adecuar el lenguaje del terapeuta al del menor y apoyarse en las características de cada etapa del desarrollo para comprenderlo mejor y facilitar el proceso terapéutico, a lo que el Dr. Zaldívar y colaboradores han llamado actitudes básicas del terapeuta de niños (2004). En todos los casos la evolución fue favorable con evidencias objetivas desde la primera sesión de cómo se iban manifestando los signos de ansiedad desde que era percibido el recuerdo como muy nocivo y desagradable hasta que era percibido como algo lejano que dejaba de provocar malestar. En la evolución se pudo apreciar que los casos asociados a conflictos de lealtad con la familia como los niños víctimas de violencia sexual necesitaron más sesiones para lograr mejor *rapport* y expresión de los conflictos, compatible con lo obtenido por la autora en otras investigaciones (Díaz y Espinosa, 2015, Díaz y Espinosa, 2017).

El trabajo del terapeuta de EMDR consiste en ayudar al paciente a reintegrar el o los sucesos traumáticos, desde las áreas cognitiva, emocional y fisiológica. A través de los movimientos oculares por la estimulación bilateral interhemisférica, es el sujeto quién estimula sus propios recursos de curación. Es un enfoque global que le permite acceso a recuerdos muy tempranos, (imágenes, olores, sabores, texturas...) Es desde luego importante que la intervención sea rigurosa y no se limite solo ante los síntomas. Ha de existir una buena estructuración de la historia clínica para que los síntomas no regresen. A la EMDR se le ha criticado el ser una técnica en la que el paciente ha de estar expuesto a niveles elevados de ansiedad y sufrimiento, al tener que revivir el trauma. Sus defensores explican que no se produce re-traumatización, sino que supone una abreacción con un tiempo muy limitado y seguro (Blanco, y Larraz, 2012).

Conclusiones

La desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR) resulta una terapia eficaz para el tratamiento de trastornos del espectro de traumas psíquicos en niños y adolescentes. Desde la primera sesión dan evidencias de mejoría de los síntomas. En solo tres sesiones es posible alcanzar la total mejoría de las manifestaciones psicológicas traumáticas en la mayoría de los niños, y en los adolescentes con historias de vida más compleja al cabo de ocho sesiones se recuperan totalmente logrando alcanzar los objetivos terapéuticos. Es necesario estudios controlados aleatorizados para demostrar la eficacia de la terapia.

Referencias bibliográficas

Álvarez A. (2012). *Reconocer y superar experiencias traumáticas a través de movimientos con los ojos o EMDR*. Available at:<http://blogger.com>.

Bicker Caarten, W. (2007). EMDR: El abrazo de la mariposa. *Artículos EMDR, en Trauma Response*, entrevista a Francine Shapiro. Available at:
<http://www.sicologiaenergetica.blogspot.com/2007/emdr-el-abrazo-mariposa.html>.

Blanco Eva, Lago and Larraz Geijo, Guillermo (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación un caso clínico. In: *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, Mallorca. España, no. 104, pp. 45-55.

De la Fuente, Alicia (2016-2019). *Atención personalizada con terapias de alto impacto*. EMDR, tratamiento especial para fobias, duelos y ataques de pánico. Available at:
<http://www.aliciadelafuente.com.ar/emdr.php>.

Díaz Castro, Y. and Espinosa Ferro, Y. (2015). Desensibilización y Reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento de traumas psicológicos en niños. *Revista Latinoamericana y Caribeñas de Hipnosis Terapéutica*, 5(1), (enero-junio).

_____. (2017). Tratamiento de traumas psicológicos en niños víctimas de violencia intrafamiliar a través de desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares. (EMDR). In: *CD de VIII Conferencia Internacional de Psicología de la salud. PSICO-SALUD*.

Galve, Ana Isabel (2007). EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular) [Shapiro, F., 2001]. *Revista internacional de psicoanálisis*. (027).

García Guerrero, F. and Fernández, I. (2014). *¿Qué es el EMDR? Asociación EMDR España*. Available at: <http://www.emdrbarcelona.com/articulos/aplicacion.htm>

Pérez García, P. (2012). *EMDR: Tratamiento para el trauma psíquico*.

Bases científicas de su eficacia. Asturias. España.

Sanfíz Mellado, Jesús (2002). Los ataques terroristas del 11-09-01: impacto y asistencia psicológica en emergencias. *Full Informatiu del Col.Legi Oficial de Psicolegs de Catalunya*. (146, Abr), pp. 15-17. Available at: <http://www.ataques.htm>

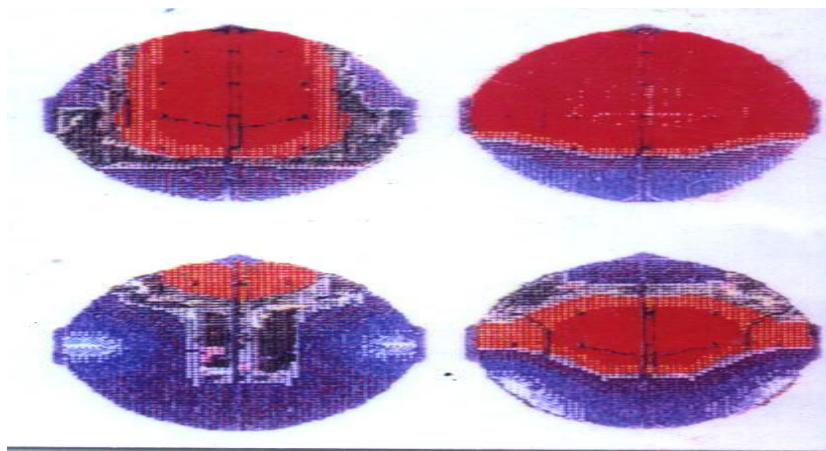
Shapiro., 2002. *EMDR, Promesas para el desplazamiento de un paradigma. Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma*. N.Y. APA Press. Available at: <http://www.emdr-es.org/pdf/vdkmasalla.pdf>

Zaldívar Pérez, D., Roca, M.A., Vega Vega, R. (2004). *Psicoterapia General*. La Habana: Félix Varela.

Zamora Fuertes, María José. (2017). *EMDR: Tratamiento psicoterapéutico innovador*. Available at: <http://www.antarayame.com/lecturas/EMDR>.

Anexos

Anexo1. Imágenes cerebrales antes y después del tratamiento EMDR.



Anexo2. Cuestionario

Estimados Padres: A su hijo le será aplicado un tratamiento psicoterapéutico (EMDR), con este cuestionario necesitamos que usted sea preciso y sincero al señalar solo aquellos síntomas o comportamientos que aparecieron luego del hecho o evento al cual el niño no logró adaptarse. Este instrumento será aplicado varias veces y al final del tratamiento para conocer su evolución.

Usted debe señalar al lado del síntoma, si se manifiesta (1) o no (0), para ello debe llenar primero la guía de observación.

Síntomas	Se presenta 1	No se presenta 0
1-Alteraciones del ánimo		
Ansiedad o intranquilidad		
Tristeza		
Miedos		
Llanto frecuente		
Otros ¿Cuáles?_____		
2-Alteraciones en el control de esfínter		
Enuresis.		
Encopresis		
3- Alteraciones en la conducta social		
Retraimiento		
Agresividad		
Rebeldía y desobediencia		
Rechazo al contacto social		
__Otros ¿Cuáles?_____		
4- Alteraciones en los hábitos alimenticios.		
Inapetencia		
Apetito insaciable		
Otras ¿Cuáles?_____		
5-Alteraciones en la conducta escolar		
Desmotivación		
Distractil		
Rechazo escolar		
Disminución del rendimiento académico.		

6-Alteraciones del sueño		
Sueño intranquilo		
Pesadillas		
Insomnio		
Otros ¿Cuáles? _____		
7- Dolor y quejas somáticas		
8- Señale otro síntoma o comportamientos del niño que les preocupe.		

REGISTRO

Estimados padres necesitamos que usted lleve un control diario de los síntomas observados en el niño, para saber la evolución que van teniendo cada uno de esos síntomas y al final haga un comentario del comportamiento del niño en ese sentido.

Su cooperación es de gran utilidad en nuestra investigación y en la evolución y pronóstico del caso, por lo que le agradecemos anticipadamente.

Síntomas	Días de la semana						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
n							

Comentarios:

Nota. Independiente a la frecuencia con que se presente el síntoma debe responder el cuestionario: 0= No se presenta....y 1 = Si se presenta.