VÉRTIGOS Y MAREOS

Lucy Yardley



Universidad Ricardo Palma

Vicerrectorado Académico



LUCY YARDLEY, inició su formación y practicó en clínica como especialista en el campo de la audiología (realizando pruebas y participando en la rehabilitación de personas con dificultades en la audición y el equilíbrio), y luego emprendio estudios de doctorado en la investigación de los aspectos psicofisiológicos de los transtornos del equlibrio. Hoy en día, como catedrática de Psicología de la Salud en la Universidad de Southhampton, RU, continua investigando cómo ayudar a las personas a lidiar con la enfermedad y ha realizado cuatro estudios clínicos exitosos sobre la terápia basada en ejercicios (rehabililitación vesticular) para los sintomas del mareo.

Lucy Yardley, PH.D.
Catedrática de Psicología de la salud
University Southampton
Reino Unido

VÉRTIGOS Y MAREOS

Lucy Yardley



Primera edición, noviembre del 2014

Equipo de edición.

Editor: Dr. David Jáuregui Camasca.
Facultad de Psicología-URP

Profesoras: Mag. Violeta Hoyle del Rio y Lic. Silvia Rubio Leigh.
Facultad de Humanidades y Lenguas Modernas-URP

Estudiantes: Jonathan Palermo Soto Paredes, Carlos Eugenio Asencios Benites, María Alejandra Egúsquiza Basterrechea, Rocío del Pilar Gutiérrez Rodríguez y Ann Kimberley Giraldo Marroquín

Cubierta: Erik Chiri Jaime

Vértigos y Mareos

© Lucy Yardley, Ph.D.

© 2014, Universidad Ricardo Palma/
Vicerrectorado Académico-URP
Av. Benavides 5440. Lima, 33. Perú.
Tlf. 708-0000. Anexo 0255, 0113
Email: vrac_urp@urp.edu.pe

Derechos reservados

ISBN .....
Hecho el Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº.....

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los autores.

Impreso en el Perú / Printed in Peru

Lucy Yardley

VÉRTIGOS Y MAREOS

Universidad Ricardo Palma
Vicerrectorado Académico

2014

Índice

Presentación 8
Prefacio a la versión en español 10
Prólogo de la edición original 12

Capítulo 1
NATURALEZA Y CAUSAS DEL VÉRTIGO 15

Sistema del equilibrio 18
Disfunción del sistema del equilibrio y vértigo 21
Incidencia y causas orgánicas comunes del vértigo 25
- Causas vestibulares de vértigo. 26
- Causas periféricas no vestibulares de vértigo. 27
- Causas centrales de vértigo. 28
- Causas de vértigo asociadas a la edad. 28

Capítulo 2
VÉRTIGO Y MEDICINA 31

Primeras experiencias de vértigo y búsqueda de ayuda médica 31
Reacción de los médicos ante los mareos 36
Exámenes médicos y diagnóstico 42
Tratamiento médico 48

Capítulo 3
ACTIVIDAD FÍSICA Y MEDIO AMBIENTE 56

Consecuencias físicas del vértigo 56
- Medidas físicas para lidiar con una crisis 57
- Restricción de la actividad a consecuencia del vértigo 57

Paralelos con la cinetosis 64
Adaptación y aprendizaje 69
Vértigo y medio ambiente 74

Capítulo 4
PENSAMIENTOS Y EMOCIONES 86

Miedos inmediatos, asociaciones y activación 95
Creencias y apreciaciones sobre el manejo del vértigo 102
Desorientación y procesamiento de información 108
Hacia un enfoque multidimensional del vértigo 112

Capítulo 5
ACTITUDES, ESTIGMAS Y DISCAPACIDAD 114

Dificultades laborales 122
Vértigo y familia 125
Reglas autogeneradas y discapacidad 134

Capítulo 6
CÓMO ENFRENTAR EL VERTIGO 141

Tratamiento médico 142
Terapia de ejercicios 148
Emoción y activación, creencias y comportamientos 156
- Control de la activación 157
- Cambio en las percepciones y expectativas 159

Cambio de actitud 162
Manejo activo del vértigo y del medio ambiente 165

Conclusiones 170
Anexos 173
Referencias bibliográficas 174

Presentación

En estos últimos años, disfrutamos de los benéficos de la llamada "Globalización" y de la sociedad de la Información; aspectos que nos han permitido acceder a los avances de la Ciencia y Tecnología y, con ello, hacer viable no solamente una fluida comunicación entre académicos y profesionales de las universidades del primer mundo y de América Latina, también, posibilita el acceso de dicha información, al público en general.

La comunidad académica Latinoamericana intercambia sus experiencias y hallazgos científicos con mucha facilidad, encaminando a muchos de nuestros egresados exitosos de las Universidades de esta parte del mundo, a laborar en Universidades e Institutos de primer nivel de los países desarrollados, como también a estar atentos a los aportes de tales Centros en los que un significativo número de especialistas han publicado artículos y libros de gran trascendencia, como la obra científica: "Vértigo y Mareos" de la Dra. Lucy Yardley, en la que da a conocer sus hallazgos relacionado con uno de los temas vinculado con la salud humana posibilitando acrecentar nuestros conocimientos sobre esta sintomatología específica, que no solamente perturba a quien lo padece sino que sus efectos se irradian al entorno socio familiar y laboral, pudiendo llegar a ser una enfermedad discapacitante de

imprevisibles consecuencias. Sus efectos psicológicos pueden llevar a la persona a considerar que lo que le sucede puede ser consecuencia de otro tipo de enfermedad no siempre benigna. Es por ello que gracias a este importante aporte, podemos obtener respuestas que amplíen nuestro margen de afrontamiento que, a su vez, permitan lidiar con esta padecimiento, gracias a las herramientas necesarias que provee y que están orientadas a mejorar la calidad de vida de quien la sufre y, a su vez, extender este conocimiento al entorno, en tanto su importante valor como soporte emocional para dichas personas.

Nos enorgullece que nuestra Universidad, acorde con su visión, haya tenido la oportunidad de traducir al español esta importante contribución científica, con la finalidad de facilitar este conocimiento al mundo y especialmente al hispanohablante.

La Universidad Ricardo Palma felicita y agradece a la Dra. Lucy Yardley, autora del presente libro y al Dr. Ricardo Muñoz, profesor de la Universidad de Palo Alto, California, quien hizo posible el contacto con la autora, por habernos permitido realizar la traducción del presente volumen, con la certeza que este esfuerzo permitirá poner al alcance de los especialistas, a las personas que se ven agobiadas por esta sintomatología y a los interesados, de estos relevantes conocimientos; augurando, así mismo, que este conocimiento contribuya con futuras investigaciones sobre este tema.

Dr. Leonardo Alcayhuamán Accostupa
Vicerrector académico-URP

Prefacio a la versión en español

Cuando escribí "Vértigos y Mareos" para mi tesis de doctorado en 1994, nunca espere que me pidieran escribir un prefacio para la versión en español 20 años después. Me desanima un poco que mucho de lo que escribí hace dos décadas sea aún relevante hoy en día. Las personas con mareos causados por un trastorno vestibular aún tienen dificultades en recibir una explicación acerca de sus síntomas y cómo lidiar con ellos. Por otro lado, me he sentido conmovida y a la vez complacida por la cantidad de personas que me han contactado a lo largo de todos estos años para decirme lo útil que les resultó mi libro. Por eso, estoy muy agradecida con el profesor David Jáuregui (Universidad Ricardo Palma) por ofrecerse amablemente a hacer traducir el libro al español, de tal manera que otros se puedan beneficiar también. También quisiera agradecer al Dr. Leonardo Alcayhuamán, Vice-Rector de la Universidad Ricardo Palma por su entusiasta apoyo a este proyecto ya los miembros de la Facultad de Humanidades y Lenguas Modernas por su ayuda con la traducción, y de manera especial al Sr Rector: Elio Iván Rodríguez Chávez.

Durante las últimas dos décadas, he realizado pruebas clínicas para demostrar que enseñarle a los pacientes que realizar simples ejercicios con la cabeza en casa ("rehabilitación vestibular" o "entrenamiento para el equilibrio")

pueden ayudar a reducir los mareos. He difundido este tratamiento entre los médicos publicando las pruebas en revistas de medicina muy prestigiosas a nivel mundial, como la British Journal y la Annals of Internal Medicine. Sin embargo, aún hay muchos médicos que desconocen la efectividad de estos ejercicios por lo que he puesto a disposición un pequeño libro para los pacientes en la página web de la Meniere´s Society en el Reino Unido; una organización que brinda un valioso apoyo a las personas con trastornos vestibulares.

En este momento estoy realizando una prueba clínica para la página Web que brinda a las personas acceso directo a la rehabilitación vestibular o a otras técnicas de control útiles para los trastornos vestibulares. El profesor Ricardo F. Muñoz (Palo Alto University, palo Alto, California-Estados unidos) me ha hecho la excelente oferta de traducir la página web al español, de tal manera que estas técnicas estén disponibles para las personas que las necesiten en dos de los idiomas más importantes del mundo. Gracias al excelente trabajo del profesor Jáuregui, Del profesor Muñoz y de la Meniere´s Society, en los próximos 20 años habrá más personas que puedan obtener la información que necesitan sobre con lidiar con sus mareos.

Lucy Yardley, PH.D.
Catedrática de Psicología de la salud
Directora, Centro de aplicación de psicología de la salud
University Southampton
Reino Unido

Enero 24, 2014

Prólogo de la edición original

Mi interés por los problemas de las personas que padecen de vértigo (mareos o desequilibrio) se originó en mi experiencia al realizar pruebas de diagnóstico en personas con supuestos defectos en el sistema del equilibrio. Luego de esperar por muchos meses para someterse a estas pruebas y después de haber soportado dos horas de procedimientos muy desagradables y aterradores (durante los cuales, por lo general, me contaban toda la historia relacionada a su vértigo), los pacientes siempre preguntaban con ansiedad: « ¿Qué me sucede? ¿Qué me pasará ahora?» Me sentía tan insatisfecha como ellos porque la respuesta prudente que a menudo estaba obligada a dar no era suficiente: «Las pruebas no han demostrado ningún problema serio con su sistema del equilibrio. El médico lo volverá a ver dentro de uno o dos meses». El propósito de este libro es ofrecer una respuesta más completa y satisfactoria a esas preguntas a través del análisis y la explicación de los factores que contribuyen al vértigo y a su recuperación.

Cuando comencé a investigar sobre el tema de los mareos y el desequilibrio, en principio estaba interesada en los aspectos perceptivos y psicofisiológicos de la desorientación y, por lo tanto, inicié explorando las diferencias individuales de las respuestas perceptivas, posturales y autónomas a las

condiciones desorientadoras que las ocasionan. Al mismo tiempo, me daba cuenta cada vez más de que los efectos en el estilo de vida y bienestar de los que típicamente se quejaban las personas con vértigo estaban muy lejos de las dificultades perceptivo-motrices que se supone deberían ser el «verdadero» problema. Dichas dificultades constituían el único enfoque de interés y tratamiento médicos. Los estudios a través de entrevistas y cuestionarios me ayudaron a identificar elementos psicosociales, ambientales y conductuales relacionados con el vértigo, y me permitieron comenzar a construir la descripción más compleja y multidimensional de la experiencia que desarrollo en este libro.

Me gustaría agradecer a varios amigos y colegas por su apoyo y, en particular, a Alan Costall, quien me inspiró en primer lugar a escribir este libro, c la que se basa y cuyas cuidadosas preguntas y sabios comentarios han tenido una profunda y duradera influencia en mi forma de pensar y escribir. Los editores de la serie, Stan Newman y Ray Fitzpatrick, también me dieron ánimos que considero invalorables, además de buenos consejos. Le agradezco a Linda Luxon y a Johanna Beyts por compartir conmigo su vasta experiencia clínica en la rehabilitación de personas con vértigo. Me gustaría agradecer a Michelle Lacoudraye-Harter, Alison Todd, Judith Putman, Elaine Masson, y Carl Verschuur por su ayuda en la recopilación y codificación de la información, y a las siguientes personas por su interés, consejo y ayuda práctica: Anthony Gale, Roger Ingham, Denise Cafarelli-Dees, Alan Martin, Michael Gresty, and Adolfo Bronstein. Finalmente, estoy en deuda con todos los que participaron en mis estudios; sus testimonios sinceros y gráficos son fundamentales para el objetivo de este libro: comprender aún más el vértigo.

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y CAUSAS DEL VÉRTIGO

NATURALEZA Y CAUSAS DEL VÉRTIGO



Estaba parada en mi habitación cepillando mi cabello frente al espejo cuando de pronto sentí como si tuviera dos cabezas: una que veía al espejo y sabía dónde estaba; y la otra, interna, girando en círculos y todo lo demás junto con ella.

Cuando no estás cerca de algo, es como si no supieras si estás de pie o acostado porque hay un espacio tan vasto a tu alrededor... Parecía que estaba parado en el océano, completamente solo, sin nada a que aferrarme en un área de kilómetros.

Me desperté y todo estaba oscuro. La habitación daba vueltas, la cama se mecía como un bote, y sentía náuseas. Normalmente, tengo que ir al baño y vomitar. Voy completamente débil y desganado, y además siento frío. También se trata de la debilidad que sientes después, como si hubieras estado gravemente enfermo. Me siento cansado, débil, y por un par de horas no puedo levantar siquiera una taza… Los sufro [los ataques] cada 5 o 6 semanas y nunca sé el momento exacto en el que sucederán… Cuando sufro un episodio severo, no hago nada por los siguientes 4 o 5 días. Me quedo sentado como un muerto viviente.

De acuerdo a los desafortunados individuos que lo padecen, el vértigo es una sensación que resulta muy difícil de describir. Sin embargo, los testimonios anteriores transmiten de forma vívida la experiencia de las personas con síntomas que los médicos etiquetan como «vértigo», pero que estas personas usualmente llaman «mareos», «dar vueltas», «una sensación como nadar» o «una sensación de inestabilidad o caída». La definición médica del término «vértigo» es muy diferente a la que se utiliza comúnmente. En el uso cotidiano, la palabra «vértigo» usualmente describe el miedo a las alturas, aunque a veces también se usa para referirse a los sentimientos generalizados de aturdimiento, desfallecimiento, confusión, ansiedad o inseguridad; sin que importe la verdadera naturaleza y causa de estas sensaciones. No obstante, el término médico se define estrictamente como la sensación de movimiento de uno mismo o el ambiente que lo rodea. Esta ilusión de movimiento puede provenir de un trastorno o lesión que afecta el funcionamiento del sistema multisensorial del equilibrio, que controla la percepción de la orientación y del autocontrol en relación

al ambiente que nos rodea. En un contexto médico, el término «vértigo» es simplemente una etiqueta técnica para el síntoma de desorientación perceptiva que puede tener múltiples causas.

Aunque el vértigo es un problema médico común que puede ocasionar discapacidades y aflicciones muy graves, sorprendentemente existe muy poca investigación sobre su impacto en la vida de las personas. Esto podría deberse en parte a la perplejidad y confusión que rodea el tema. Un diagnóstico definitivo de la causa orgánica para cualquier caso particular de vértigo es, con frecuencia, difícil de lograr, pues existen muchas posibles etiologías. Ciertamente, y con frecuencia, no es posible siquiera confirmar que existe algún tipo de disfunción física porque el funcionamiento del sistema del equilibrio es extremadamente complejo y difícil de examinar. Las sensaciones de desorientación perceptiva pueden ser vagas y difíciles de describir y, por ello, se pueden confundir los síntomas de la disfunción del sistema del equilibrio por los de otros trastornos físicos que causan mareos: desde la hipotensión hasta la epilepsia. Por otro lado, y debido a que los mareos son una de las sensaciones más comunes que se experimentan durante un ataque de pánico y se contempla como un síntoma en las descripciones clínicas de varios trastornos psiquiátricos, las quejas por mareos se suelen interpretar como la manifestación de una ansiedad o un trastorno psicológico subyacente. Por consiguiente, no existe una población claramente definida y circunscrita de personas que padecen de vértigo disponible para su estudio, y cualquier intento de analizar el problema del vértigo está rodeado por dificultades relacionadas con diagnósticos inciertos y etiologías diversas.

Debido a estos problemas de diagnóstico, la población de personas con problemas de vértigo, sin lugar a dudas, abarca una gran variedad de individuos, desde aquellos con severos trastornos vestibulares hasta los que no presentan anormalidades físicas de importancia clínica. Es posible que la experiencia del vértigo pueda ser similar, sin importar si la sensación de desorientación es fundamentalmente física o psicológica. Los miedos, las incertidumbres, la vergüenza social, los problemas laborales, y la forma y alcance del malestar y discapacidad que resultan de los episodios de mareos ocasionados por la ansiedad pueden compararse, en muchos aspectos, a las dificultades que encuentran las personas que padecen de trastornos vestibulares. No obstante, el alcance de este libro se limita deliberadamente a considerar la experiencia de los individuos que parecen tener alguna disfun-

ción del sistema de equilibrio de origen orgánico. En los estudios en los que se fundamenta la mayor parte de este libro, se cumplió con este criterio al incluir solo aquellos individuos que recibieron un claro diagnóstico de disfunción vestibular periférica de parte un médico clínico experimentado. Además, se aseguró la homogeneidad de las muestras adquiridas al comparar las características de las personas que mostraban signos evidentes de disfunción del sistema del equilibrio durante los exámenes y las pruebas (generalmente poco más de la mitad de la muestra) con las que no lo hacían. Debido a que no se encontró ninguna diferencia en materia de diagnósticos, síntomas, discapacidades y perfiles psicológicos entre las personas que mostraban o no signos evidentes de disfunción del sistema del equilibrio, parece razonable concluir que el fracaso en obtener evidencia de disfunción del sistema del equilibrio se debió simplemente, en algunos casos, a las limitaciones de las pruebas disponibles (tema discutido en el siguiente capítulo).

Existen dos razones principales por las que decidí enfocarme selectivamente en la experiencia de la desorientación ocasionada por trastornos físicos, a pesar de que posiblemente existan importantes paralelismos con la experiencia de las personas que tienen mareos debido a factores psicológicos. La primera es que los profesionales que trabajan en medicina, como en la psicología, categorizan rápidamente como «mentales» a las sensaciones de desorientación. Las explicaciones psicológicas para los síntomas de mareos leves están tan bien establecidas que se pueden pasar por alto las causas perceptivas de la desorientación, a veces sutiles y complejas. Además, existe una hipótesis predominante (aunque no demostrada) y conocida por todos los médicos clínicos que trabajan con pacientes vertiginosos, que establece que algunas formas de vértigo debido a disfunciones orgánicas pueden presentar, en parte, una etiología psicosomática y que, en consecuencia, las personas que padecen de vértigo tienden a poseer personalidades neuróticas o estar predispuestas a la ansiedad e hipocondría. Por consiguiente, los problemas psicosociales de incluso aquellos que obtuvieron un diagnóstico de trastorno físico podrían considerarse como signos de angustia emocional o trastornos de la personalidad. Uno de los propósitos de este libro es presentar una alternativa a esas interpretaciones en cuanto al vínculo entre la ansiedad y el vértigo. Esto se logra al describir de forma precisa cómo y porqué las personas que antes eran psicológicamente saludables y mentalmente estables podrían verse seriamente afligidas y discapacitadas a causa de crisis recurrentes de vértigo debidas a un desajuste en el sistema del equilibrio.

La segunda razón por la que basé este libro completamente en estudios realizados a personas con un diagnóstico de disfunción del sistema del equilibrio es ilustrar la forma en la que las actividades, actitudes, intenciones y el ambiente que rodea al individuo afecta, en esencia, la experiencia del vértigo, aun cuando queda claro que su origen es algún trastorno orgánico. La importancia de las respuestas cognitivas y conductuales a los eventos y al entorno se acepta sin reservas dentro del contexto de las dolencias de desorientación «no orgánica», tales como los mareos y la confusión que se suelen experimentar durante un ataque de pánico. Sin embargo, el papel fundamental de tales procesos raramente se aprecia en su totalidad en el caso de los individuos con diagnóstico de vértigo por trastorno orgánico. En un intento por identificar y remediar las características fisiopatológicas de los problemas de estos pacientes, se ignoran otras características igualmente importantes e intrínsecas de su experiencia de la enfermedad.

Los siguientes capítulos detallan la forma en que los procesos fisiológicos afectan y se ven afectados mutuamente por las actitudes, actividades y entornos, además de demostrar cómo la experiencia y el curso del vértigo emergen de influencias combinadas y recíprocas tanto físicas y psicológicas como internas y externas del individuo en cuestión. No obstante, para poder apreciar cómo los factores ambientales, cognitivos, emocionales y conductuales pueden afectar el curso del vértigo, se necesita una comprensión básica de la naturaleza del mismo y del sistema del equilibrio. Por lo tanto, el resto de este capítulo provee una descripción elemental del sistema del equilibrio y de las características y causas del vértigo. (Para descripciones más detalladas de la fisiopatología y del diagnóstico diferencial del vértigo, se remite al lector a Brandt, 1991; Dix and Hood, 1984; Wright, 1988).

Sistema del equilibrio

La percepción y el control de la orientación y del propio movimiento se logran al integrar la información de tres sistemas principales: el visual, el somatosensorial (o propioceptivo) y el vestibular. El movimiento percibido de la escena visual provee retroalimentación constante acerca del propio movimiento. Por ejemplo, girar la cabeza a la izquierda produce a la vez el movimiento de toda la escena visual hacia la derecha. El sistema somatosensorial

incluye todos los órganos sensoriales del cuerpo (piel, músculos, articulaciones, etc.) y brinda información acerca de los movimientos que se controlan de forma interna, como también del contacto directo con el entorno. Por ejemplo, cuando un individuo gira hacia la izquierda, el sistema somatosensorial monitorea la actividad de las articulaciones y músculos involucrados al realizar el giro: mientras que la información acerca del contacto con el suelo deriva de las plantas de los pies. Finalmente, el sistema vestibular percibe de forma directa la aceleración y orientación momentánea de la cabeza. Aunque el sistema vestibular no es la fuente de información más importante en relación al propio movimiento (en la mayoría de los casos, los sistemas visual y somatosensorial ofrecen en realidad información más precisa y confiable), los trastornos del sistema vestibular son la causa orgánica más común de la ilusión de movimiento. A continuación, se describirá con más detalle el funcionamiento del sistema vestibular.

El órgano sensorial vestibular periférico forma parte del oído interno y consiste en una diminuta estructura ósea (el «laberinto») que contiene dos tipos de fluidos conocidos como perilinfa y endolinfa (ver figura 1). El órgano vestibular se compone de los canales semicirculares, que detectan la aceleración angular, y los otolitos, encargados de monitorear la aceleración linear y la orientación de la cabeza en relación con la gravedad. Los otolitos contienen «cilios», similares a cabellos rígidos que sobresalen de las células sensoriales en el otolito. Cuando los cilios se encuentran en posición de reposo, las células sensoriales proporcionan una señal constante o «descarga en reposo» de la actividad neuronal. Sin embargo, esta señal cambia cuando los cilios se curvan, y la actividad neuronal incrementa o disminuye de acuerdo a la dirección en la que se orientan los cilios. En el extremo opuesto a las células sensoriales, los cilios se adhieren a una membrana en la que se encuentran incrustadas minúsculos pero relativamente pesados cristales («otoconia»). Cuando la cabeza cambia de orientación (ver figura 2), las células sensoriales se mueven con la cabeza, a la que están bien adheridas; sin embargo, la membrana pesada que flota libremente y que contiene la otoconia queda atrás. Consiguientemente, los cilios se curvan y se produce un cambio en la señal sensorial. Estas alteraciones en las señales sensoriales pueden producirse por un cambio de la posición de la cabeza en relación con la fuerza de gravedad, o por una fuerza de aceleración o desaceleración linear como la que produce el frenado de un auto (fuerza horizontal) o el

movimiento de un ascensor (fuerza vertical). Los otolitos están compuestos por dos estructuras, el utrículo y el sáculo, que se ubican aproximadamente en ángulos rectos para que se puedan detectar tanto las fuerzas verticales como las horizontales.

Los canales semicirculares son tres tubos óseos en forma de anillos que salen del utrículo. Una pequeña protuberancia («ampolla») en el extremo de cada canal semicircular contiene células y cilios sensoriales similares a los encontrados en los otolitos; pero en este caso los cilios se extienden hasta la «cúpula», un pedazo de tejido que prácticamente llena la ampolla. Cuando la cabeza acelera en la misma dirección (angular) que el plano del canal semicircular (ver figura 2), todas las estructuras del canal semicircular se mueven naturalmente con la cabeza. No obstante, el movimiento del fluido (endolinfa) dentro del canal se retrasa en relación al de la cabeza debido a la inercia. De este modo, el fluido choca contra los cilios y los curva, lo que produce un cambio en la señal emitida por las células sensoriales. Los tres canales semicirculares se ubican en ángulos rectos y así pueden detectar la aceleración en cada uno de los tres planos de movimiento posibles, tanto de forma lateral (giros) como vertical (saltos mortales y aspas de molino).

Las señales relacionadas con la aceleración linear y angular que son detectadas por los dos otolitos y los tres canales semicirculares pasan a través del nervio vestibular a los núcleos vestibulares en el tronco encefálico. Las interconexiones centrales en el sistema del equilibrio son extremadamente complejas; la información de los órganos vestibulares en ambos oídos se combina con la información que proviene (principalmente) de la visión y del sistema somatosensorial en varios niveles dentro del tronco encefálico, del cerebelo y de la corteza cerebral. Esta información integrada ofrece no solo las bases para la percepción consciente de la orientación y el autocontrol, sino también para el control preconsciente de los movimientos oculares y posturales, mediante lo que se conoce como reflejos vestíbulo-oculares y vestíbuloespinales. El fin del reflejo vestíbulo-ocular consiste en mantener un punto estable de fijación visual durante el movimiento de la cabeza y lo logra al compensar automáticamente el movimiento de ésta con un movimiento ocular equivalente en la dirección opuesta. Los reflejos vestíbulo-oculares contribuyen a la estabilidad y al equilibrio postural.

Disfunción del sistema del equilibrio y vértigo

En circunstancias normales, la información perceptiva sobre la orientación que proviene de los sistemas vestibulares, visuales y somatosensoriales es congruente; al mismo tiempo que nuestros ojos perciben el cambio en el campo visual, el sistema vestibular envía una señal de aceleración angular, y la actividad de nuestros músculos y articulaciones del cuello confirma que estamos girando la cabeza. Es así que, cuando el sistema del equilibrio funciona correctamente, no hay una percepción consciente de las «sensaciones» que corresponden a la percepción de la orientación; simplemente registramos automáticamente nuestra orientación y propio movimiento, y utilizamos esa información para mantener el equilibrio y realizar actividades de forma coordinada. Sin embargo, cuando ocurre una aparente discordancia entre la diversa información sensorial que llega al sistema del equilibrio, el desconcierto perceptivo creado se experimenta como una sensación que se describe como mareos, desorientación o vértigo. Esta desorientación perceptiva puede ser causada por una falla en el proceso sensorial o por condiciones ambientales artificiales que nuestro sistema del equilibrio no está capacitado evolutivamente para enfrentar, tales como viajar en auto, barco, avión o incluso en una nave espacial (el mareo que se sufre en el espacio por el hecho de flotar en condiciones de ingravidez ocasiona problemas significativos para los astronautas, en especial cuando usan sus cascos).Si la desorientación se atribuye a una disfunción interna, se le llama vértigo; mientras que a la desorientación causada por condiciones perceptivas externas, se la conoce como «cinetosis» (mareos por viajar en auto, en avión, etc.).

Las causas fisiológicas del vértigo incluyen la disfunción de cualquiera de los sistemas sensoriales que contribuyen a la precepción de la orientación o de las interconexiones centrales del sistema del equilibrio; estos trastornos y sus efectos se discuten con más detalle en la siguiente sección. Las causas ambientales comprenden cualquier situación que se caracterice por una combinación inusual de la información visual, vestibular y somatosensorial. Por ejemplo, cuando una persona que viaja en un barco se ubica en un camarote en el que no hay ojos de buey mientras el mar está agitado, el sistema vestibular señalará un movimiento constante, pero esta información se contradice con la del sistema visual que no detecta movimiento en el ambiente visible (el camarote) debido a que este se mueve con el barco y

el pasajero. Estas condiciones perceptivas relativamente poco comunes se experimentan como desorientación y mareos, puesto que en tierra firme el movimiento del campo visual suele acompañar a las señales vestibulares. (Por supuesto, existen otras muchas combinaciones de información perceptiva que pueden provocar mareos cuando se está en el mar, tierra firme o en el aire. Para mayores detalles acerca de los factores que contribuyen a la cinetosis, ver Money, 1990; Reason y Brand, 1975; Yardley, 1992).

Los síntomas del vértigo son muy similares a los de la cinetosis, tal como se esperaría en vista de que comparten el mismo origen. Como ya se ha establecido, el síntoma determinante es la ilusión de movimiento. No obstante, la experiencia subjetiva de las personas diagnosticadas con «vértigo» puede ser en extremo variada, como lo ilustran los siguientes testimonios:

> El suelo comienza a elevarse, las cosas comienzan a dar vueltas y sientes náuseas… Simplemente pierdes por completo el equilibrio y pareces tambalear.
>
> Cada vez que miraba hacia abajo, todo lo que podía ver era un hoyo negro en frente de mí. Todo parecía empujarme hacia atrás.
>
> Comenzaba a sudar, sentir frío y temblar. Me ponía pálido y parecía no tener energía.
>
> Siento que mi cabeza se inclina, esta sensación me invade y se apodera de mí, casi como cuando uno da esas vueltas completas en Alton Towers [una montaña rusa] o algo por el estilo.

El síntoma clásico del desequilibrio vestibular agudo es una fuerte sensación de dar giros o que el ambiente comienza a dar vueltas. Sin embargo, simplemente puede haber una sensación momentánea de ser empujado hacia un lado, la impresión de que el mundo parece mecerse o agitarse, o solo un vago aturdimiento o inestabilidad. La desorientación perceptiva también resulta en dos constelaciones de síntomas secundarios. El primer grupo de síntomas se atribuye directamente a la alteración del control ocular y postural originada por la disfunción del sistema del equilibrio. El trastorno de los reflejos vestíbulo-oculares puede resultar en una imagen visual borrosa o inestable y en la dificultad para enfocar; mientras que los reflejos vestíbuloespinales anormales ocasionarían tambaleos, pérdida del equilibrio y caídas o la tendencia a desviarse hacia un lado al caminar. Además, la desorientación activa distintos cambios autonómicos. Los síntomas principales son náuseas, vómitos, palidez y sudor frío; pero otros síntomas fisiológicos

comunes del vértigo y la cinetosis son salivación, flatulencias o diarrea, suspiros o bostezos, sensación de calor, aumento en el ritmo cardiaco y respiratorio, dolor de cabeza, somnolencia y fatiga, apatía, ansiedad y depresión. Muchos de estos cambios fisiológicos secundarios se activan sin lugar a dudas directamente a través de las rutas centrales mostradas en la Figura 2, aunque la ansiedad podría exacerbar o contribuir a esta sintomatología autónoma (ver capítulo 4).

Mientras que la desorientación perceptiva y la falla de la coordinación vestíbulo-ocular y postural constituyen solo la consecuencia inevitable de una alteración del funcionamiento del sistema del equilibrio, la importancia adaptativa o «el valor de supervivencia» de los síntomas autonómicos secundarios sigue siendo objeto de especulaciones. Triesman (1977) propuso una «hipótesis evolutiva» para justificar la cinetosis que también podría considerarse importante para la sintomatología autónoma provocada por el vértigo. Sugirió que la cinetosis es solo una manifestación accidental de lo que en un inicio evolucionó como una respuesta adaptativa a la ingesta de sustancias venenosas que alteren a la coordinación y la percepción por sus efectos en el sistema nervioso central. Los vómitos expulsarían el veneno y las náuseas ocasionarían aversión a la sustancia venenosa. De hecho, se observó la presencia de sensibilidad y aversión a imágenes y olores asociados con periodos de desorientación en la cinetosis (Lawther y Griffin, 1988) como también en el vértigo (Grisby y Johnston, 1989). Tanto el malestar y letargo general asociados con la cinetosis como el vértigo tenderían a limitar la cantidad de actividad realizada mientras el animal se encuentra peligrosamente descoordinado.

Sin importar la severidad de los síntomas provocados en un inicio por la disfunción sensorial periférica, se puede lograr una adaptación neurofisiológica y sensoriomotriz a través de un proceso de «habituación» o «compensación», siempre que las estructuras centrales y las interconexiones del sistema del equilibrio funcionen con normalidad. Al principio, el cambio de la señal sensorial que resulta, digamos, de la repentina y completa destrucción del órgano vestibular en el oído izquierdo resultaría en una fuerte sensación de estar girando hacia la izquierda, ya que la descarga en reposo que proviene del órgano vestibular derecho ya no se compensa con las señales del órgano vestibular izquierdo. De manera similar, existirá una tendencia a girar o caer hacia la izquierda, y los ojos también girarán en esa dirección.

Como medida de «emergencia», los procesos centrales intentarán automáticamente suprimir de forma parcial el resto de información vestibular. A largo plazo, se logra la compensación por un proceso de reaprendizaje perceptiva: el sistema del equilibrio se ajusta al hecho de que ya no existe información vestibular del lado izquierdo, y utiliza la información del órgano vestibular saludable, de la visión y del sistema somatosensorial para reemplazar la señal vestibular faltante. Este proceso de reaprendizaje solo puede ocurrir mediante la repetición de la experiencia del nuevo patrón de información sensorial provocado por la orientación y movimiento de la cabeza.

La experiencia subjetiva del proceso de compensación es la siguiente: la persona que padece de una falla vestibular unilateral, de inmediato aprenderá a recostarse y mantenerse inmóvil por completo con el fin de minimizar los cambios en la actividad vestibular que provocan mareos y náuseas. Al cabo de varias horas, la desorientación al estar recostados seguirá disminuyendo; sin embargo, el más mínimo movimiento de la cabeza producirá nuevos síntomas. Con el tiempo, la persona se verá forzada a realizar movimientos repetidos con la cabeza (por ejemplo, levantar o girar la cabeza), y por último, la desorientación provocada por estos movimientos se volverá menos grave en la medida en que el sistema del equilibrio aprenda el nuevo patrón de información asociado a estos movimientos. No obstante, los movimientos nuevos, como agacharse o mover la cabeza de arriba abajo rápidamente, continuarán provocando mareos hasta que hayan sido repetidos las veces suficientes para que ocurra el proceso de ajuste. En este sentido, el proceso de adaptación a la disfunción sensorial es muy similar a aprender a conservar el equilibrio en un barco que se encuentra en alta mar. Durante un corto viaje por mar, el sistema del equilibrio no tiene el tiempo suficiente para adaptarse al nuevo patrón de información perceptiva que se experimenta en un barco, y el individuo se tambaleará mientras el barco se mueva y se sentirá enfermo. Sin embargo, en el transcurso de un viaje más largo, la constante exposición a esas condiciones perceptivas tendrá al final como resultado una completa adaptación, y el mismo individuo será capaz de desplazarse con libertad y sin sufrir náuseas.

Incidencia y causas orgánicas comunes del vértigo

La incidencia exacta del vértigo debido a la disfunción del sistema del equilibrio es muy difícil de establecer a causa de los problemas asociados con la determinación y diagnóstico de la enfermedad. La prevalencia exacta de casos de vértigo dentro de una comunidad, y el porcentaje de ésta que en efecto recibe tratamiento médico o es derivado a un hospital, es en consecuencia desconocida. También es difícil establecer la prevalencia relativa de las diversas causas del vértigo. Aunque algunos médicos clínicos han detallado la incidencia de varios trastornos en la población de sus centros de salud en concreto (por ejemplo, Drachman y Hart, 1972), esas cifras se encuentran muy influenciadas por las costumbres locales en relación a la derivación de pacientes y al diagnóstico. Sin embargo, se sabe que cada año cinco de cada mil personas en el Reino Unido asisten a consultas con sus médicos por causa de síntomas clasificados por sus médicos generales como vértigo, y otras diez personas consultan a un médico general debido a que presentan mareos (RCGP/OCPS). Aunque el vértigo puede afectar a personas de cualquier edad, la incidencia aumenta con la edad avanzada a causa de la mayor prevalencia en adultos mayores de trastornos que pueden provocar vértigo (como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares). En la encuesta a una comunidad de personas entre los cincuenta y sesenta años, una cuarta parte de la muestra afirmó que en la actualidad sufrían de mareos (Stephens, 1990); mientras que entre las personas de ochenta años, dos tercios de las mujeres y un tercio de los hombres informaron haber experimentado episodios de vértigo (Luxon, 1984). Baloh (1992) menciona que los mareos constituyen la dolencia que se presenta con más frecuencia entre las personas mayores de setenta y cuatro años a nivel de la atención primaria.

Los síntomas y la prognosis varían en los casos de vértigo de acuerdo a la etiología. A continuación, se hará un breve resumen de las principales causas de vértigo, junto con los síntomas típicos y las prognosis. No obstante, la diferencia entre estos trastornos no siempre es clara y puede haber una superposición considerable en la sintomatología. Por ejemplo, se puede relacionar el vértigo episódico con una sensación de tener los oídos tapados, pero sin pérdida de la audición o tinnitus. A veces un accidente o infección precede a la enfermedad de Ménière que viene acompañada con señales de vértigo posicional paroxístico benigno, mientras que un vago mareo podría persistir en los intervalos entre crisis de vértigo posicional verdadero.

- **Causas vestibulares de vértigo**

Uno de los tipos más comunes de vértigo se conoce indistintamente como «neuronitis vestibular», «laberintitis», o a veces como vértigo «epidémico» o «idiopático». Éste se caracteriza por los síntomas clásicos de disfunción vestibular descritos en la sección anterior y suele ser precedido por una infección viral. La definición exacta del trastorno y su causa precisa, o causas precisas, no están del todo establecidas. A otro muy común trastorno vestibular se le conoce como «vértigo posicional paroxístico benigno». Se cree que ocurre cuando los pesados cristales de calcio (otoconia), provenientes de los otolitos como resultado de una lesión en la cabeza o el deterioro producto de la edad, llegan a ocupar uno de los canales semicirculares. De esta forma, el canal afectado comienza a registrar cambios en la orientación relativos a la gravedad, pero continúa señalando la aceleración angular. La experiencia subjetiva es que los cambios en la orientación, tales como recostarse o dar vueltas en la cama, pueden provocar una breve pero en extremo poderosa sensación de giro (acompañada de náuseas). Tanto la neuronitis vestibular como el vértigo posicional paroxístico benigno desaparecen, en general, de forma espontánea al cabo de unas semanas o meses; sin embargo, una desafortunada minoría de individuos descubre que tiene crisis recurrentes o presenta síntomas persistentes por muchos años.

La causa principal de las crisis recurrentes de vértigo grave es un síndrome conocido como «enfermedad de Ménière», que se caracteriza por una combinación única de síntomas: fuertes crisis de vértigo que duran horas; tinnitus fluctuante (un ruido en el oído o cabeza), por lo común un zumbido o estridencia de tono grave en uno de los oídos que al principio acompaña las crisis de vértigo, pero que luego podrían volverse continuos; una sensación intermitente de presión en el oído; pérdida auditiva unilateral progresiva y fluctuante que al inicio interfiere con la audición de sonidos de tonalidad grave, pero que después resulta en una pérdida completa de la audición en el oído afectado. Por lo general, se cree que estos síntomas aparecen como resultado del desequilibrio de la presión del fluido en el oído interno conocido como «hidropesía endolinfática». A pesar de haberse encontrado evidencia post mortem del vínculo entre la enfermedad de Ménière y la hidropesía (Rauch et al., 1989), la asociación aún no es clara puesto que muchas personas con signos de hidropesía no presentan síntomas. La prognosis para las personas con enfermedad de Ménière es desconocida, aunque Browning (1991) estima que a largo plazo

(más de diez años) el 98% de aquellos que se atienden en clínicas hospitalarias se recuperan del vértigo. Algunas personas solo sufren unas cuantas crisis seguidas por una remisión completa. A menudo ocurren crisis agudas varias veces al año, y a menos que se logre una compensación completa por el cambio en la señal vestibular originada por esas crisis agudas, el individuo podría experimentar un considerable mareo residual y vértigo provocado por el movimiento en los meses de intervalo entre cada crisis. Al final, el trastorno parece «consumirse a sí mismo», y por lo general deja al individuo con una pérdida auditiva unilateral permanente y tinnitus, pero sin vértigo. Sin embargo, a veces la enfermedad se propaga después al oído que no estaba afectado. La enfermedad de Ménière se presenta con mayor frecuencia en personas entre los 30 y 50 años, con un pequeño predominio en las mujeres, y tiene una tasa de prevalencia que va del 0.1 al 1% de la población.

Entre las diversas causas adicionales de vértigo de origen vestibular periférico encontramos una variedad de trastornos y enfermedades del oído medio, medicamentos ototóxicos (utilizados en emergencias médicas), obstrucción de los vasos sanguíneos periféricos que alimentan al oído interno, sífilis, herpes zóster, o la fractura del hueso temporal. De vez en cuando, se puede producir un pequeño agujero («fístula») en la membrana del órgano debido a una enfermedad del oído medio, cirugía, lesiones en la cabeza, o cambios abruptos de la presión provocados al bucear, volar o realizar alguna actividad física extenuante. El agujero podría permitir que el líquido dentro del órgano se filtre («filtración de perilinfa») y generar síntomas como vértigo repentino y pérdida unilateral de la audición, a veces exacerbados por cambios adicionales en la presión (por ejemplo, sonarse la nariz o pujar cuando se está estreñido) que empujan el fluido fuera del oído interno. En muy raras ocasiones, el vértigo se genera durante las primeras o últimas etapas del crecimiento de un tumor benigno («neuroma acústico») que puede desarrollarse en el nervio vestíbulo-ocular. Esto afecta no solo la función del nervio, sino también el suministro de sangre del oído interno, y por último, presiona el tronco encefálico.

- **Causas periféricas no vestibulares de vértigo**

Muchos médicos clínicos consideran que los trastornos del cuello que alteran la información somatosensorial relacionada con el movimiento de la cabeza o interfieren con el suministro de sangre al sistema vestibular pueden

provocar vértigo. Entre las etiologías más comunes se encuentran el latigazo y espondilosis cervical. En ocasiones, la inestabilidad se relaciona con una pérdida de sensibilidad en los pies y las piernas debido a una «neuropatía» que puede originarse por la diabetes, el consumo excesivo de alcohol, las deficiencias vitamínicas, las lesiones de la médula espinal y otros trastornos diversos. A veces, el origen de la sensación de mareo, la inestabilidad o el movimiento ilusorio del entorno se encuentra relacionado con algún trastorno de la información visual. La alteración de la información visual puede ser provocada por debilidad de los músculos oculares o producirse durante el período de adaptación a lentes con mucha medida (como los que se utilizan luego de una cirugía para eliminar cataratas) o a anteojos bifocales.

- **Causas centrales de vértigo**

Aunque la mayoría de los casos de vértigo se atribuyen a patologías periféricas (sobre todo vestibulares), los síntomas de desorientación pueden tener su origen en una amplia variedad de trastornos o lesiones centrales, a nivel del tronco encefálico, el cerebelo o la corteza cerebral. El vértigo por disfunción central se acompaña casi siempre de algún otro síntoma de trastorno neurológico central, como sensación de dolor, hormigueo o entumecimiento en la cara o las extremidades, dificultad para hablar o tragar, dolores de cabeza, alteraciones visuales y pérdida del control motor o de la consciencia. Los trastornos de la irrigación sanguínea al cerebro (desde migrañas a ictus), la epilepsia, la esclerosis múltiple, el alcoholismo y, a menudo, los tumores conforman las causas centrales más comunes de vértigo. Se ha manifestado que el vértigo y el desequilibrio por disfunción central son efectos secundarios potenciales de una amplia serie de fármacos, que incluyen analgésicos de uso muy común, anticonceptivos y fármacos empleados en el control de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la enfermedad de Parkinson, y, sobre todo, de los medicamentos de acción central como estimulantes, sedantes, antiepilépticos, antidepresivos y tranquilizantes (Ballantyne y Ajodhia, 1984).

- **Causas de vértigo asociadas a la edad**

Como ya se mencionó, la incidencia de vértigo está relacionada con la edad. Hay un aumento progresivo en el número de casos diagnosticados y

reportados al incrementarse la edad. Al igual que en el caso de la pérdida de audición asociada a la edad, en parte es posible atribuir el vértigo presente en el adulto mayor a algún deterioro no especificado dentro de los niveles periféricos o centrales del sistema vestibular. Además, muchos de los trastornos que pueden producir vértigo, como enfermedades cerebrovasculares o daño cervical, son más comunes en el adulto mayor. A menudo, las personas de edad avanzada se ven obligadas a tomar varios medicamentos que pueden provocar mareos. Por último, la desorientación y la inestabilidad podrían resultar de lo que se conoce como «disfunción multisensorial»: una combinación de pequeños defectos en los diversos sistemas sensoriales que contribuyen a la orientación. Por ejemplo, una visión deficiente por sí sola no bastaría para causar desequilibrio; no obstante, al añadir una ligera reducción en la sensación de las extremidades inferiores y vértigo posicional intermitente, el resultado sería un grado peligroso y seriamente incapacitante de inestabilidad postural. Puesto que la compensación para la disfunción vestibular requiere un funcionamiento neurológico central intacto, fuentes alternativas de información sensorial (para compensar la ausencia o distorsión de las señales vestibulares) y mucha experiencia sensoriomotriz activa, el proceso de compensación podría algunas veces retrasarse en el adulto mayor como consecuencia de una leve disfunción central, discapacidad multisensorial, o actividad física insuficiente.

CAPÍTULO 2

VÉRTIGO Y MEDICINA



Primeras experiencias de vértigo y búsqueda de ayuda médica

Para algunas personas, las crisis de vértigo comienzan de forma repentina y violenta:

Pensé: «Me siento un poco mareado. Quizás tengo hambre o algo»… Al cabo de media hora no podía pararme.

Entré a mi casa sintiéndome de lo mejor, y de repente pensé: «Voy a vomitar». Para cuando llegué al baño, no podía mantenerme erguido. Literalmente estaba temblando: mi cuerpo se sacudía. Sentía calor y frío a la vez, y me puse a llorar... y caí.

Sentí que me moría. Todo daba vueltas, vueltas a mí alrededor. En serio, estaba realmente mareado. Regresé a mi cama y la sensación continuó por veinticuatro horas.

Cuando las crisis de vértigo son tan serias e imprevistas como en estas descripciones, los familiares, amigos o colegas se sienten tan preocupados que buscan de inmediato asistencia médica para el individuo afligido por tales malestares. Cuando las crisis ocurren en el trabajo o en un lugar público, se puede llamar a un profesional médico o incluso a una ambulancia, mientras que en el hogar es el cónyuge quien por lo general llama al médico local. Aun si nadie los presencia, la reacción de la mayoría de los que padecen de estas crisis a tan aterradora y desconcertante experiencia es acudir a la comunidad médica en busca de una inmediata definición y explicación de lo que está sucediendo, así como también de métodos preventivos y al menos una forma de controlar las sensaciones de malestar e incapacidad. Por consiguiente, aquellos individuos que al principio padecieron de crisis agudas podrían pasar de forma muy rápida por el proceso necesario para llegar al diagnóstico de su condición, como en el caso del señor W, a quien se le diagnosticó casi de inmediato:

> Estaba en un hotel y me desperté en medio de la noche, caí al piso, y el mundo entero comenzó a girar a mí alrededor. Llamé por teléfono a mi esposa, quien a su vez llamó al médico. Él pensó que estaba ebrio o algo, pero cuando me tomó la presión y demás, todo estaba bien. Reflexionó un poco al respecto y me dijo que podría tener la enfermedad de Ménière… En las siguientes tres semanas, tuve fuertes ataques. De hecho, una noche estaba tan mal que el médico me internó en un hospital y fue ahí que me hicieron unas pruebas, ya sabe, lo normal. Supongo que descartaron cualquier causa posible. Si no tienes un tumor cerebral o una enfermedad cardiaca, entonces se trata de la enfermedad de Ménière. Y así fue como me diagnosticaron.

Sin embargo, para muchas personas las primeras experiencias de vértigo son menos dramáticas y distintivas. Por lo tanto, podría haber un tiempo en el que se monitoreen los síntomas y se evalúe su importancia sin recurrir a la opinión de un médico. Algunos de los factores y procesos que podrían afectar la forma en que el individuo interpreta sus propios síntomas se encuentran presentes en el modelo «autoregulatorio» de la percepción de la enfermedad de Leventhal (Leventhal et al., 1980). Leventhal sugiere que al enfrentarse a sensaciones físicas anormales, las personas buscan definir su condición y utilizan una etiqueta que puede consistir en una enfermedad o una emoción. Cuando se desconocen los síntomas, cualquier pista contextual podría tener una influencia fuerte en la interpretación de los síntomas. Por ejemplo, la presencia de recientes o inminentes fuentes de estrés podría hacer que las personas atribuyan sus síntomas a la ansiedad (Baumann et al., 1989).

Los testimonios de muchos de mis entrevistados sobre sus primeras reacciones al vértigo, en efecto, indican que la interpretación de la experiencia depende de los factores situacionales. Algunas veces la desorientación por sí misma podría no considerarse como el síntoma principal o más prominente, así que los individuos desarrollan explicaciones para su malestar basándose en los síntomas secundarios y no en el propio vértigo. De este modo, consideran al vértigo como un síntoma secundario de una dolencia más común:

> Desarrollé un terrible dolor de cabeza. No podía permanecer sentado en el auto. Mi cabeza quería caerse a un lado y comenzaba a marearme… en ese momento, supuse que se trataba de un fuerte dolor de cabeza o incluso de migraña.

> Creí que había tomado mucho sol porque había estado recostado a la intemperie durante todo el día, y todo comenzó a moverse. Sentía náuseas y tenía dolor de cabeza. Pensé: «Seguro tomé demasiado sol».
>
> La primera vez que me sucedió, estaba haciendo un largo recorrido con el auto. Creí que era por el exceso de concentración por mantener los ojos en la carretera… Mi cabeza comenzó a dar vueltas y vueltas, y vomité. Pensé que estaba mal del estómago o algo.

Por otro lado, cuando las primeras sensaciones de vértigo son vagas y leves, se suelen considerar como efectos del estrés o la fatiga:

> La primera vez que sucedió, estaba en la cocina preparando la cena. Casi siempre me muevo muy rápido, giré y sentí mareos. No eran mareos en sí, sino la sensación de girar hacia un lado como si siempre me fuera hacia la derecha. Pensé que estaba cansada, que mi mente estaba distraída con otras cosas, y que solo debía reponerme y concentrarme.
>
> Recuerdo muy bien la primera vez que sucedió… Fuimos a la escuela para que él [el hijo] me la mostrara. Cuando llegamos al piso más alto, de la nada me dio un ataque de mareos tan fuerte que no me pude mantener en pie. No fue por estar en un piso elevado. Eso no tenía nada que ver. Tampoco estaba mirando dentro de un pozo o algo así. Mi esposo y mi hijo tuvieron que ayudarme a bajar porque de verdad me sentía muy mal… En ese momento, no lo vinculé al trauma de que [el hijo] se fuera lejos. Fue después que lo hice, cuando otras personas me dijeron que esa podría ser la causa. Solo pensé que había sido un día muy atareado y que estaba cansada, y temía hacerle pasar vergüenza por ponerme en ese estado.

Este último testimonio demuestra de forma muy clara el problema que supone para los pacientes de vértigo la ambigüedad de sus síntomas y sus connotaciones, que incluyen el miedo a las alturas y la angustia emocional. En el caso del vértigo, los problemas asociados con la decisión de si se debería definir la condición como una enfermedad se encuentran exacerbado por la naturaleza vaga e intermitente de los síntomas y por la ausencia de alguna etiqueta conocida para la experiencia, tales como «gripe» o «indigestión». Además, aparte de los vómitos, en general no se manifiestan ninguno de los síntomas usuales de la presencia de una enfermedad, como sarpullido, fiebre, tos o catarro. En su estudio de personas con esclerosis múltiple, Robinson

(1988) observa que ellos también suelen tener dificultades similares al clasificar e interpretar las señales tempranas, vagas y diversas de su enfermedad.

El estado incierto de los síntomas como el vértigo y los mareos no solo ocasiona una incertidumbre e inquietud subjetiva, sino que además podría ocasionar problemas en el ámbito social:

> La cuestión es que, como se trata de algo que no se puede ver, tú sabes que las personas lo sienten y todo eso; pero es fácil notar que ellos no comprenden cómo te sientes. No puedes ir a ningún lado, no puedes hacer esto ni aquello… Las personas piensan que tú simplemente no quieres ir.
>
> En las primeras etapas, ella [una colega de trabajo] pensó que le estaba viendo la cara de tonta… Pensaban que se trataba de algo curioso [es decir, sospechoso] en el trabajo porque me encontraba en perfecto estado ese día y al día siguiente regresaba igual de bien, pero quizás me había tomado un día libre.

En su análisis de la forma en que las personas evalúan los signos de la enfermedad, Locker (1981) menciona que, a nivel social, es necesario que cualquier afirmación de padecer una enfermedad se encuentre legitimada por algún tipo de manifestación visible o por una autoridad competente (es decir, médica); solo entonces se aceptará que no se puedan cumplir las funciones y responsabilidades normales. Es por eso que uno de los motivos para buscar ayuda médica es el de disipar la duda en relación a si estos síntomas representan una verdadera enfermedad, además de eliminar cualquier sospecha respecto a ser perezoso o hacerse el enfermo al obtener la verificación de la existencia de un trastorno físico. De hecho, puede ser imprescindible que se certifique la enfermedad de manera formal si el vértigo interfiere con las obligaciones laborales, por ejemplo, cuando se requiere faltar al trabajo o evitar los lugares elevados.

Si el vértigo no ocasiona ninguna dificultad importante con la familia o amigos y no genera problemas en el trabajo, entonces el individuo no creerá necesario consultar a un médico. Por la información brindada en el capítulo anterior, es claro que una minoría relativamente pequeña de casos de vértigo llega alguna vez al consultorio de un médico. Mientras que entre un cuarto y la mitad del total de personas de mediana edad y adultos mayores declaran haber experimentado episodios de mareos, menos de una en cien personas

acude a su médico cada año aquejado de vértigo. Por supuesto, esto no significa que el vértigo no les cause ningún problema en absoluto a aquellos que no buscan ayuda médica. Aunque no han habido, y esto puede sorprender, estudios dentro de la comunidad sobre la angustia y discapacidad que resulta del vértigo no tratado, el largo historial de dificultades expuesto por muchas personas que al final buscan ayuda médica sugiere que al menos algunos de aquellos que se niegan a consultar con su médico experimentan cierto nivel de ansiedad o discapacidad debido al vértigo. Como en el caso de la pérdida de audición (ref.), es probable, y común, que se adopte una actitud de resignación. De esta forma, el vértigo se tolera tan solo como un fastidio menor o se ve como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Sin embargo, esta estoica aceptación de la discapacidad puede tener efectos perjudiciales, ya que evita que el individuo tenga acceso a un tratamiento o una rehabilitación potencialmente beneficiosos. Además, el padecimiento prolongado de niveles menores de discapacidad podría traer desafortunadas consecuencias secundarias; por ejemplo, los mareos en el adulto mayor podrían contribuir, después de un tiempo, a la pérdida de la movilidad y hasta a posibles caídas peligrosas (Overstall, 1983).

En algunos casos, solo se busca el consejo médico cuando los síntomas persisten o empeoran. No obstante, en algunas ocasiones, las quejas por vértigo muy severo salen a la luz solo cuando el paciente visita al médico por un síntoma muy diferente, aunque luego se lo pueda relacionar con el vértigo (por ejemplo, dolor de cabeza, pérdida de audición, tinnitus). Por otro lado, un motivo para la consulta puede ser algún cambio en las circunstancias. Uno de mis entrevistados vio a su doctor porque quería aprender a conducir y le preocupaba que a causa del vértigo lo consideraran no apto para hacerlo. Otra quería que un médico le asegurara que no era el signo de una enfermedad hereditaria grave, pues quería tener un hijo. En ambos casos, queda claro que, además de la inmediata y explícita razón que los impulsó a buscar la opinión de un médico, existió algún grado de preocupación subyacente acerca de la naturaleza y trascendencia del trastorno. La ansiedad por saber la causa del vértigo y la posibilidad de que sea un síntoma de una enfermedad grave son con frecuencia las razones principales por las que se consulta a un médico:

> El temor de que esté ahí y de saber qué es. Esa es la cuestión principal: ¿Qué está mal?
>
> No sabía lo que me estaba pasando. Uno siempre piensa lo peor. Creía que era algo muy grave y que podría morir en cualquier momento.

Por el contrario, en el caso de la señora P (citado a continuación), la ansiedad por las oscuras implicaciones de los síntomas del vértigo en realidad la desalentaron, al menos en un principio, de consultar a un médico, aunque el impacto combinado de la ansiedad y la discapacidad en su estilo de vida motivaron que al final buscara ayuda:

> Al comienzo pensé: « ¿Qué le sucede a mi cabeza?». Te preocupas por tumores y Dios sabe qué más y, ya sabes, es aterrador. Sueles pensar lo peor y creo que en un principio no salía a buscar información… Solo seguía y seguía, y creo que comencé a evitar cosas. Me preocupé al respecto hasta llegar al punto de pensar: «Ya no lo soporto más. Está afectando demasiado mi vida. Está interfiriendo demasiado con mi vida, con cada aspecto de ella».

En síntesis, aquellos que acudieron a consulta con sus médicos por presentar vértigo parecen hacerlo por tres razones: primero, para obtener información de la enfermedad y darle un nombre a su condición. Segundo, por una explicación y confirmación de la naturaleza, causa e implicaciones de sus síntomas. Y por último, para aliviar su malestar y aliviar su discapacidad. Lamentablemente, como la siguiente sección relatará, muchas personas que acuden a los profesionales de la salud por ayuda se encuentran con diversos obstáculos que les impiden lograr tales aspiraciones.

Reacción de los médicos ante los mareos

Las actitudes de los médicos ante el vértigo y su tratamiento son, por supuesto, tan variadas como las respuestas de los propios pacientes, además de encontrarse muy influenciadas por las características de la dolencia y de los propios individuos. No obstante, con el fin de llegar a una impresión bastante representativa del enfoque médico predominante en los casos de vértigo en el Reino Unido, complementé mis observaciones personales del tratamiento de vértigo (que obtuve por mi trabajo de muchos años en el área de la audiovestibulología clínica) con tres fuentes de información principales. La primera fue una revisión de todos los libros de texto recientes (de 1980 en adelante) encontrados en la biblioteca de un hospital universitario que incluían secciones sobre el vértigo. La segunda consistió en las descripciones de las experiencias del tratamiento médico que se obtuvieron de una serie

de entrevistas a pacientes de diversos hospitales. La tercera fuente fueron las respuestas a un cuestionario realizado a cien pacientes consecutivos de un centro especializado regional.

La revisión de los libros de texto de medicina sobre vértigo ofrece la impresión apabullante de que la prioridad es lograr un diagnóstico diferencial de la patología que es, en concreto, responsable de las dolencias por mareos. Desde luego, el diagnóstico preciso es siempre una prioridad médica. Esto se debe a que, por lo general, contiene información fundamental sobre la naturaleza y posible pronóstico del trastorno, además de brindar las razones para elegir un tratamiento en particular. Sin embargo, es notable que, en el caso del vértigo, los libros de texto se encuentren dedicados casi por completo a describir los síntomas y la fisiopatología tanto de diversos trastornos como también de las señales y pruebas empleadas para diferenciarlos entre sí. El debate sobre el tratamiento médico y sobre otras formas de controlar el vértigo suele aparecer en una o dos páginas al final de cada capítulo, y comprende menos del diez por ciento del texto total. Esta distribución relativa del espacio en los libros de texto podría sugerir que, a pesar de que es complicado realizar el diagnóstico diferencial de la naturaleza de los mareos, una vez que se llega a un diagnóstico acertado, el tratamiento de la enfermedad es simple en realidad. Desafortunadamente, solo la primera de esas dos premisas es correcta. Si bien la ambigüedad de los síntomas y las múltiples posibles causas del vértigo y los mareos hacen del diagnóstico una tarea muy difícil, podría ser posible que aún con un diagnóstico acertado no se pueda brindar un tratamiento efectivo. Por ejemplo, Linstrom (1992) concluye que «la labor del otorrinolaringólogo, otólogo o neurootólogo no es la de curar a cada paciente con mareos, o siquiera diagnosticar la causa exacta del desequilibrio en cada paciente. Nadie es capaz de hacerlo» (p. 754). A su vez, Browning (1991) menciona: « [puesto que] no podemos realizar un diagnóstico con ningún grado de certeza en la mayoría de los pacientes, el tratamiento tiene que ser empírico» (p. 59). Así, mientras la investigación médica continúa en la búsqueda de etiologías bien definidas y remedios efectivos, el irremediable vértigo de causa desconocida permanece como una dolencia generalizada. Como resultado, los pacientes de hoy en día se encuentran en un «yermo» médico, donde no existen diagnósticos o curas definitivas.

Esta realidad no es solo perturbadora para el paciente, sino que también causa una clara inquietud entre los miembros de la profesión médica, desde

médicos generales hasta especialistas en otorrinolaringología. De hecho, las secciones que tratan el vértigo en dos recientes libros de texto sobre otorrinolaringología comienzan admitiendo de forma directa que «Ningún otro síntoma produce tanta ansiedad en el corazón del médico residente como lo hace el paciente con mareos» (Katz, 1986, p. 105), y que «La mayoría de los otólogos temen tratar a un paciente cuya nota de interconsulta indica que presenta desequilibrio» (Browning, 1986, p. 223). De forma similar, Linstrom (1992) comienza su guía detallada Office management of the dizzy patient (Tratamiento ambulatorio para el paciente con mareos) con la observación de que «Para muchos otorrinolaringólogos, el tratamiento de un paciente con vértigo o mareos puede llegar a ser frustrante» (p. 754), mientras que Wright (1988) comenta en la introducción de su guía para internos de medicina que «Tener que diagnosticar y tratar al paciente con mareos podría ser muy similar a encontrarse en el extremo profundo de la piscina cuando uno apenas sabe nadar» (p. 1).

Cuando un paciente con mareos acude por primera vez a un médico general, la respuesta más parsimoniosa del médico es iniciar la política de «esperemos y a ver qué sucede», a menos que existan indicaciones de una patología grave que, por lo general, se puede identificar con gran facilidad gracias a los otros síntomas inconfundibles de una enfermedad del oído o disfunción neurológica central (por ejemplo, pérdida de la consciencia, adormecimiento o parálisis del rostro o de las extremidades, etc.). El método de esperar que la enfermedad siga su curso es lógico, puesto que los médicos están conscientes de que la mayoría de las formas más comunes de vértigo se resuelven de manera espontánea y las que no lo hacen tienden a ser benignas (es decir, no ponen en riesgo la vida). Además, el diagnóstico diferencial del vértigo se fundamenta en el historial de síntomas a lo largo de un periodo de tiempo determinado, mientras que el tratamiento es también en su mayoría una cuestión de ensayo y error. En consecuencia, la respuesta inicial del médico ante un paciente que se queja de vértigo consiste en asegurarle con simpleza que los síntomas no son graves y es probable que desaparezcan. No obstante, si los mareos persisten, lo más seguro es que tal consuelo no tenga efecto:

> Dicen que uno no tiene nada, entonces te levantas al día siguiente sintiéndote de la misma forma que antes. Es bueno que nos lo digan, pero si aún te sientes mareado y tienes problemas con la visión, no puedes aceptar lo que [el médico] te dijo ayer. Necesitas saber qué está mal para solucionarlo.

A veces el paciente interpreta la falta de un diagnóstico firme y la ausencia de un tratamiento efectivo como un indicador de que el médico no cree que el paciente está en verdad enfermo o que cree que sus síntomas son señal de algún trastorno psicológico. Muchas personas que después de un tiempo recibieron diagnósticos de disfunción vestibular sintieron que fue muy difícil, en un principio, convencer a sus médicos que estaban genuinamente enfermos:

> Piensan que lo estás inventando todo, y tú sabes que no, y eso te frustra… Tú sabes qué tan mal te sientes y qué tanto te afecta, pero no puedes demostrárselo, y luego dicen: « ¿Y usted de qué se preocupa?». Entonces te comienzas a preguntar: « ¿Acaso creen que tengo algún problema?», y es ahí cuando dejas de buscar la ayuda de un médico.
>
> Ellos [los médicos] pensaban que era un tipo de agorafobia, que si salía y alguien me sacaba entonces estaría bien, pero no lo estaba. No se percataban de que también tenía un problema con mi equilibrio. En un inicio, mi médico pensaba: «Bueno, está exagerando» y luego me puse tan mal que se dio cuenta que de que algo andaba mal. Sé que en general se trataba de ansiedad, lo admito. Bueno, el 80% era ansiedad, pero el otro 20 era por la enfermedad de Ménière que afectaba mi equilibrio.

De hecho, la manera en la que los médicos ven a los pacientes con vértigo está matizada de forma inevitable por el hecho de saber que los mareos son un tipo común de dolencia «psicógena» o «no orgánica», es decir, un síntoma para el que no se encuentra una explicación física y que se cree que refleja problemas emocionales subyacentes. Los especialistas que trabajan en el campo de la otorrinolaringología suelen estar familiarizados con la hipótesis prevalente en relación al origen o agravación psicosomática del vértigo orgánico a causa de perfiles de personalidad ansiosa o estrés. Asimismo, en muchos pacientes con trastorno vestibular orgánica, la ausencia de síntomas definitivos de disfunción del sistema del equilibrio, junto con el desarrollo de ansiedad y depresión secundarios, puede hacer que sea muy difícil distinguir su condición de algún otro tipo de trastorno psicológico. Se han reportado dificultades de diagnóstico similares en el contexto de otros trastornos (Goudsmit y Gadd, 1991; Robinson, 1988). Sin embargo, la gran coincidencia de síntomas entre el vértigo y la ansiedad puede convertir el diagnóstico del origen orgánico del vértigo en una labor problemática. Como dato curioso, Roberts (1985) señala en su libro sobre la relación entre médicos y pacientes el caso de una mujer a quien en un primer momento le diagnosticaron vértigo (causado por la enfermedad de Ménière)

como «histeria», y es el único ejemplo que cita en el que un médico confunde una enfermedad física con angustia emocional.

Además de la prevalencia de mareos psicógenos y las similitudes entre los síntomas de la ansiedad y la disfunción del sistema del equilibrio, existen dos fenómenos psicológicos comunes como se ha demostrado afectan la percepción interpersonal en una amplia gama de situaciones, y que también podrían contribuir a la tendencia que tienen los médicos a sospechar que los pacientes con quejas por mareos son neuróticos o emocionales. El primero es conocido como el efecto «actor-observador» porque puede atribuirse a la diferencia de perspectivas entre un observador y la persona que es el centro de su atención (el actor). El actor mira hacia el exterior, hacia el entorno, y de esta forma es muy consciente de los factores situacionales cambiantes que afectan sus actitudes o comportamiento. Por otro lado, el observador se enfoca en el actor y podría no notar o registrar por completo la importancia de las influencias del entorno. En el contexto de la relación médico-paciente, la consecuencia es que el paciente es consciente de las circunstancias cambiantes (en este caso, una enfermedad debilitante y aterradora) que inducen ansiedad, mientras que la atención del doctor se centra en el paciente, quien aparentaría ser un individuo angustiado y ansioso en extremo al momento de la consulta. Desde mi experiencia, puedo dar fe de la naturaleza persuasiva del sesgo perceptivo que estos puntos de vista generan. A pesar de la convicción intelectual (fundamentada en un análisis exhaustivo de la literatura al respecto) de que en la actualidad no existen evidencias claras que demuestren que las personas que desarrollan vértigo sean psicológicamente inestables antes de que la dolencia se manifieste, me suele ser difícil imaginar a esos pacientes, a quienes veo desesperados y al borde de las lágrimas cuando trato de tranquilizarlos, como las personas competentes y seguras de sí mismas que eran antes de enfermarse, y como también lo son después de su recuperación

El segundo proceso cognitivo importante es el fenómeno de «culpar a la víctima», que ocurre cuando una persona se siente incapaz de aliviar el sufrimiento de otra. Al no poder aceptar la deprimente e incómoda realidad de que no es posible evitar el sufrimiento de una persona inocente, la mayoría de las personas tiende a racionalizar de manera inconsciente la situación y supone que la víctima debe ser de algún modo responsable de la difícil situación en la que se encuentra. A partir de los párrafos anteriores, queda claro que los médicos se sienten particularmente impotentes cuando se enfrentan a casos

de vértigo persistente, y sus propias dudas e inquietudes podrían, a veces de forma inconsciente, motivarlos a catalogar los problemas de sus pacientes como autoinducidos (por hipocondría o estrés), o como signos de inadecuación personal (Hausler, 1981).

Aun cuando el origen físico de los síntomas sea innegable, los médicos podrían no estar dispuestos, en un primer momento, a discutir los posibles diagnósticos y prognosis en detalle. Si bien es comprensible tal reticencia debido a la incertidumbre en relación al diagnóstico y pronóstico, la falta de información puede dejar a los pacientes en un indeseado estado de ignorancia y aprehensión, como lo demuestran los siguientes testimonios:

> Los [médicos de la empresa] me dijeron que era estrés y me enviaron a casa. Al día siguiente sucedió y continuó como todos los días… Cuando ellos [los colegas] me llevaban a casa del trabajo, lo llamaron de inmediato [al médico de la empresa]. Al verme, dijo: «Con que tiene otro de esos ataques, ¿no?». Pero yo no sabía lo que eran «esos ataques».
>
> Les pregunté [a los médicos] si quizás podrían hacer algo al respecto, y respondieron: «Bueno, solo tuvo vértigo. Es algo muy común. Muchas personas lo tienen».
>
> El doctor de turno llegó a las siete de la mañana, después de que yo había estado vomitando desde la una y me dijo: «Ah, tienes la enfermedad de Ménière o un tumor». Después salió de la habitación.

En muchos casos, los pacientes con vértigo recurrente simplemente reciben la confirmación por parte de sus médicos generales de que el vértigo no es un síntoma peligroso, a veces junto con recetas para probar a largo plazo los efectos de diversos medicamentos que pretenden limitar o controlar el vértigo. Al parecer, ese tratamiento es satisfactorio o al menos suficiente para muchas personas, aunque en realidad no se han llevado a cabo investigaciones formales en relación a los niveles de minusvalía, las discapacidades que se pueden solucionar, o la satisfacción con el tratamiento médico entre los pacientes vertiginosos que no han sido derivados a un especialista. No obstante, algunas personas no están satisfechas con este estado de incertidumbre, y en su búsqueda continua de un nombre para su diagnóstico, de información sobre el pronóstico y de un tratamiento efectivo, podrían buscar la opinión de un especialista respecto a su condición. En la siguiente sección, se encuentran las experiencias de aquellos derivados a hospitales.

Exámenes médicos y diagnóstico

El paciente podría solicitar ser derivado a un especialista debido a las razones que ya hemos expuesto, o tal vez debido a que el médico lo considere apropiado, ya sea por el deseo de descartar toda posibilidad de una causa desconocida o porque el paciente presenta niveles de discapacidad y aflicción relativamente altos. A los pacientes derivados a un otorrinolaringólogo (es decir, un especialista de oídos, nariz y garganta) o a un neurólogo se les realizarán exámenes en busca de signos de alguna enfermedad otológica o neurológica. Además, se buscarán pruebas que indiquen una disfunción del sistema del equilibrio por medio de exámenes de control ocular, tales como la evaluación del control del movimiento ocular al mirar a la derecha o a la izquierda, o al seguir un objeto en movimiento con la mirada; y del control postural, como la habilidad de pararse con los ojos cerrados y con un pie detrás del otro.

Las disfunciones neurológicas centrales significativas casi siempre apuntan a un serio déficit de rendimiento en diversos exámenes de sensibilidad y de control motor. Por otro lado, la existencia de lesiones centrales puede confirmarse o descartarse en definitiva mediante imágenes radiográficas (rayos X, tomografías computarizadas o imágenes por resonancia magnética). Del mismo modo, se puede determinar de manera sencilla la presencia de una enfermedad o lesión activa del oído mediante inspecciones visuales o evaluaciones auditivas que, a su vez, se podrían complementar con exploración quirúrgica. Además, también los tipos más graves de disfunción vestibular son fáciles de reconocer y confirmar. Al examinar al paciente, el médico clínico puede observar un patrón peculiar de movimientos oculares («nistagmo»), que indica alteraciones en el reflejo vestíbulo-ocular. Si el paciente tiene la capacidad de caminar en el lugar con los ojos cerrados, girará de forma normal en la dirección del sistema vestibular que se encuentre dañado.

Sin embargo, en muchos casos, los indicios de una disfunción del sistema del equilibrio no siempre son tan claros y definitivos. Debido al proceso natural de compensación (descrito en el capítulo anterior), los efectos manifiestos de una disfunción del sistema del equilibrio causada por disfunción vestibular son relativamente breves y las consecuencias obvias que tienen sobre las actividades que realizamos con regularidad y que se usan como exámenes clínicos (como permanecer de pie y mirar a los lados) suelen persistir durante algunos días o semanas. A pesar de que la disfunción vestibular

inducida latente puede detectarse al eliminar la visión durante estas actividades (para que la información visual no pueda usarse para compensar la información vestibular distorsionada), a menudo la compensación elimina incluso estos indicios de desequilibrio durante las varias semanas o meses que el paciente llega a esperar para pedir o conseguir una cita con el especialista. No obstante, el individuo podría aún encontrarse incapacitado al intentar llevar a cabo actividades físicas más rápidas o más complejas que aquellas que se evalúan rutinariamente en la clínica (ver capítulo 3).

Ciertos exámenes de función audiovestibular específicos sirven con frecuencia como complemento del examen clínico. Los más comunes son: a) los exámenes de sensibilidad auditiva (el «audiograma»); b) la prueba de posicionamiento, en la cual se pide al paciente que se mueva rápido a distintas posiciones (incluso recostarse) con el fin de examinar el efecto de la posición de la cabeza en las sensaciones subjetivas y los movimientos oculares; c) la prueba calórica, en la cual se puede estimular el sistema vestibular de cada oído de forma independiente al verter agua tibia o fría en los canales auditivos y crear así corrientes termales en el fluido del oído interno que provoquen la sensación de movimientos rotativos y movimientos oculares reflexivos (nistagmo). No obstante, se suelen encontrar resultados anormales en los exámenes audiovestibulares de tan solo una parte de los pacientes cuyas historias clínicas dan claros indicios de trastornos vestibulares (Yardley et al., 1992). Por ejemplo, el estudio de los resultados de los exámenes de aquellas personas que con el tiempo desarrollaron signos inconfundibles de la enfermedad de Ménière (pérdida de la audición unilateral progresiva y tinnitus acompañados de vértigo episódico intenso) reveló que solo la mitad de ellos había mostrado indicios de desequilibrio vestibular en las pruebas calóricas (Oosterveld, 1979) y que, en fases tempranas, menos de la mitad de ellos había presentado el patrón típico de pérdida de la audición (de baja frecuencia) (Stahle et al., 1989). Incluso cuando se detectan anormalidades, estas no son específicas en cuanto a la patología subyacente. Por lo tanto, el nistagmo posicional puede estar relacionado con degeneración de otolitos, infecciones virales, alguna deficiencia del suministro de sangre del oído interno, lesiones en la cabeza, fístulas de perilinfa o hidropesía endolinfática (Baloh et al., 1987; Dix y Harrison, 1984; Jongkees, 1975; Oosterveld, 1979). De manera similar, el desequilibrio vestibular que las pruebas calóricas revelan puede deberse a cualquier tipo de enfermedad o daño que involucre al oído interno o a las vías del sistema audiovestibular. Además, mientras

que muchas señales del desequilibrio vestibular (en especial reflejos vestíbulo-oculares y postulares trastornados) son pasajeras y desaparecen antes de que el médico tenga oportunidad de revisar al paciente; otras (principalmente, un desequilibrio en las pruebas calóricas) continúan de forma indefinida y pueden encontrarse aún después de que se lleve a cabo la compensación de la lesión que en principio causó dicho desequilibrio, y de que el paciente se haya recuperado por completo. Por ende, existe poca o ninguna relación entre la gravedad subjetiva de los síntomas y los signos objetivos de una disfunción vestibular (Arenberg y Stahle, 1980; Spitzer, 1990; Yardley et al., 1992).

La sensibilidad limitada de estos exámenes básicos puede incrementarse con una variedad de medidas adicionales de la función auditiva y del equilibrio, que incluyen la grabación de respuestas auditivas provocadas de las vías neuronales audiovestibulares, la grabación de los movimientos oculares inducidos por el movimiento del campo visual o la rotación del paciente y la medición de la oscilación postural. Sin embargo, ni siquiera la combinación de estas técnicas puede brindarnos una evaluación del sistema del equilibrio que sea en realidad confiable e integral. Por ejemplo, incluso la combinación óptima de los resultados obtenidos a través de estadísticas a partir de un conjunto de pruebas bastante completas clasificó de forma errónea como normal el 36 % de la muestra de clasificación original de los pacientes; esto a pesar de que se llevó a cabo una cuidadosa preselección de los pacientes basándose en antecedentes, síntomas recientes o signos propios de una patología audiovestibular (Allum et al., 1991).Del mismo modo, en un análisis de 112 pacientes diagnosticados con trastorno vestibular periférico, Voorhees (1989) indicó que la medida de la oscilación postural revelaba una disfunción en el 43 % de los pacientes, un mejor resultado en comparación con las pruebas tradicionales de función vestíbulo-ocular que solo eran anormales en el 28 % de los pacientes. Aunque la investigación acerca de nuevas pruebas funcionales y de diagnóstico continúa, en este momento no es viable y mucho menos posible identificar el tipo particular de disfunción que sufre cada paciente debido a la gran variedad de patologías y diversos índices de compensación para las diversas afecciones de la percepción y actividades motrices a las que el sistema de equilibrio debe hacer frente.

Sin lugar a dudas, cuando los médicos remiten a los pacientes a investigaciones especializadas, estos últimos no están conscientes de que el resultado podría no resolver del todo la incertidumbre. Cuando el motivo de la

derivación es la ansiedad por parte del paciente o su médico relacionada a una posible causa desconocida para sus síntomas, los resultados de los análisis especializados se aguardan con una aprehensión marcada:

> Es imposible explicarles cuánto aumentaba la ansiedad de semana en semana. No sabía qué era lo que estaba mal, pero estaba muy mal.

Por desgracia, una de las consecuencias de las limitaciones de las pruebas actuales que se realizan al sistema del equilibrio es que, incluso después de numerosos exámenes, es probable que no se encuentre ninguna indicación clara de la causa del vértigo. Tras estos exámenes, es probable que los médicos preocupados confíen en que la patología que causa el vértigo no es una enfermedad seria ni activa; sin embargo, los complejos detalles respecto a en qué medida se puede descartar patologías desconocidas no suelen discutirse con el paciente. Salkovskis (ref.) ha señalado que, lejos de tranquilizarlos, con frecuencia los pacientes perciben la derivación a investigaciones especializadas como una señal de que hay una posibilidad real de que estén de verdad gravemente enfermos. Por consiguiente, cuando la prueba no es concluyente y el significado de los resultados no se explica con profundidad, se puede intensificar o prolongar la ignorancia y la ansiedad que experimentan los pacientes, a veces durante años. Esto se puede ilustrar con los siguientes testimonios de dos pacientes, cuyos exámenes y resultados en realidad no mostraron indicios de alguna enfermedad maligna:

> Cuando vi a mi médico por primera vez, no me explicó nada. Luego, fui al hospital pero no había nadie sentado allí que pudiera explicarme qué estaba ocurriendo, por qué estaba ocurriendo. Bueno, tal vez no lo sabían; pero apenas llegas al hospital te dicen: «Bien, le enviaremos a hacerse algunas pruebas, tome estas pastillas» y uno no sabe más… nadie me ha dicho que no tengo un tumor en la cabeza. Nadie me ha dicho eso, así que aún me queda una ligera preocupación.
>
> [El especialista] ordenó una tomografía computarizada y una prueba calórica (en la que vomité de forma violenta), rayos X, evaluaciones de la audición (al parecer no tengo problema alguno con mi audición). Me hizo pasar todas estas pruebas y no sabía decir qué tenía, no me podía dar un diagnóstico exacto...Me dijo: «En un par de años se debería haber compensado». Entonces esperé un par de años y no se compensó; así que regresé a su consultorio... En todas las pruebas, yo estaba un poco fuera del rango por solo un 1 % o 2 % en las áreas preocupantes. Nadie se

> comprometía al 100 % a decirme: «Usted se encuentra bien», que era lo que yo quería. Yo pensaba: «Eso es injusto. Tiene los rayos X y la tomografía computarizada a la mano, puede ver si hay algo oculto». El médico no me dijo nada al 100 % y como soy una persona aprensiva, me aferré al hecho de que él nunca me diría algo al 100 %. Eso exacerbó las cosas y me fui con la sensación de que «al parecer nadie es capaz de ayudarme, todos se lavaron las manos».

En parte, este problema puede atribuírsele a una falla en la comunicación debido a las diferencias en los significados que los médicos y los pacientes otorgan a las frases médicas habituales o a los estilos de explicación. Por ejemplo, cuando el médico le informa al paciente que, después de numerosos exámenes, no pudieron encontrar nada malo, este mensaje puede tener como objetivo transmitir la seguridad de que se han descartado las causas en potencia graves de la enfermedad del paciente. No obstante, este último puede interpretar esta información como que el médico no tiene idea de la causa de los síntomas; lo que todavía podría significar que se trata de una enfermedad maligna, no identificada y, por ende, sin tratar. Por otro lado, la frase puede interpretarse en el sentido de que el médico duda de la base orgánica de los síntomas, tal como la señora A parecía sospechar:

> Cuando volví a hablar [con el médico], me hubiera gustado que de verdad me hablara mucho más acerca de la enfermedad y que me dijera: «Sabe, no hay nada malo aquí o allá». Pero solo dijo: «Pues no pudieron encontrar nada, lea esta carta», mostrando una especie de sonrisa...Es muy difícil porque no creo ser el tipo de persona que se pone nerviosa; sin embargo, cuando el médico dice algo así, podrías creer que no estás nerviosa, pero en el fondo empiezas a sentir que sí. Así que tienes que tener una gran determinación para decir que no lo estás.

Stacey (1986) menciona que si un trastorno de salud no está legitimado por un diagnóstico médico, entonces dicho trastorno no se puede atribuir a causas externas y, en cambio, puede atribuirse a las características del paciente, tales como su personalidad, edad, género o estilo de vida. En efecto, la cita anterior indica que no obtener un diagnóstico puede verse como una acusación implícita de inadecuación personal.

Por consiguiente, proveer un diagnóstico de vértigo causado por una disfunción vestibular periférica alivia la ansiedad acerca de una enfermedad oscura, o las acusaciones de hipocondría o de debilidad emocional:

> Me hice todas esas pruebas, todas (exámenes cardíacos, un escaneo cerebral) y ninguna de ellas mostró absolutamente nada. Mi esposo me dijo: «Tienes suerte de estar tan sana» y yo respondí: « ¿Entonces por qué me siento tan mal?». Eso fue antes de venir aquí [y que me diagnosticaran trastorno vestibular]. Me quedé contenta porque al menos sabía que algo andaba mal; es decir, eso es mucho mejor que pensar que poco a poco te irás deteriorando y no saber la razón. Es agradable saber que el trastorno del oído y el problema de mareos están relacionados. Me siento mucho mejor sabiendo que tiene que ver con el oído y el equilibrio que con mi corazón.
>
> Estaba feliz de saber que realmente habían logrado descubrir cuál era el problema. Después de haber pasado casi dos años sin saber cuál era y de que la gente te diga «no hay nada malo en ti» hace que te preguntes qué es lo que está mal. Cuando supe que era un problema de equilibrio, una de las primeras cosas que vino a mi mente fue la enfermedad de Ménière, ya que mi madre la tenía. Era una posibilidad, o tal vez se trataba de un tumor o algo así. Fue un alivio descubrir que era algo menor.

En sus estudios antropológicos, Kleinman ha identificado la «curación cultural», la cual define como la «provisión de significado personal y social para la experiencia de la enfermedad» (1986, p. 35), como una función básica de cualquier sistema de salud. Gracias a las citas previas, está claro que el diagnóstico médico cumple un papel vital en ayudar a los pacientes a tomar conciencia de su enfermedad. No obstante, la importancia de los resultados de las pruebas y el diagnóstico deben explicarse con sumo cuidado, tal como ilustra el siguiente testimonio de una mujer que padece la enfermedad de Ménière bilateral avanzada:

> Como parte del tratamiento en el hospital, me hicieron una prueba de equilibrio. Cuando instilaron agua a mi oído, [los médicos] me dijeron que no había equilibrio en mis oídos. Entonces me sentí aterrorizada porque en un inicio me habían dicho que no tenía equilibrio en solo un oído, y pensé: «Si se expande al otro lado, estaré postrada en una cama por el resto de mi vida».

Esta mujer se habría ahorrado una angustia considerable si le hubiesen informado que la orientación puede llevarse a cabo de manera satisfactoria en la mayoría de las situaciones haciendo uso solo de la visión y la propiocepción. El descubrimiento de que en sí no tenía función vestibular en ningún

oído solo indicaba que la enfermedad estaba a punto de llegar a su fase final. A pesar de que algunos problemas con el equilibrio y el control ocular persistirían, era probable reducir el vértigo y, sin duda, no terminaría postrada en una cama. En efecto, la información es uno de los aspectos más importantes de la atención que el médico puede proporcionar a las personas con vértigo y, por lo tanto, la consideraremos con mayor detalle en la sección final de este capítulo.

Tratamiento médico

Por lo común, el tratamiento contra el vértigo agudo causado por disfunción vestibular consiste en el control sintomático mediante antieméticos y fármacos que inhiben de manera parcial la información vestibular. Estos medicamentos no están destinados para uso a largo plazo, ya que tienden a retardar los procesos naturales de compensación y muchos tienen propiedades hipnóticas indeseables (para una revisión más detallada de los tratamientos contra el vértigo, ver capítulo 6). De modo alternativo o adicional, se puede emplear la receta a largo plazo de antihistamínicos en un intento de reducir la probabilidad de nuevas crisis. No obstante, el vértigo es una enfermedad que lamentablemente está sujeta a efectos placebo, períodos espontáneos de remisión y pronósticos impredecibles, y la verdadera efectividad de la medicación preventiva sigue en duda (Browning, 1986; Dix, 1984a). En casos de vértigo severo e intratable, a veces se recomienda una operación. A los pacientes que padecen la enfermedad de Ménière se les puede sugerir una «derivación endolinfática» (o alguna otra operación similar); aunque en el único ensayo clínico de esta operación con un grupo de cirugía placebo, la mejora aparente de la operación de derivación no fue mayor que las tasas de placebo o mejora espontánea (Thomsen et al., 1983). En casos de vértigo muy severo, se puede llevar a cabo una cirugía para eliminar la información vestibular (Brackmann, 1983). Este es un procedimiento bastante delicado; puede haber pérdida permanente de la audición en el lado operado y muchas cirugías implican también un pequeño riesgo de parálisis facial temporal, filtración del líquido cefalorraquídeo o meningitis. Además, la presencia de una enfermedad bilateral o de un fracaso en la compensación central puede ocasionar que el procedimiento sea ineficaz.

Ya que no existe un tratamiento ideal o panacea para el vértigo, incluso después de haberse realizado numerosos exámenes y haberse entregado el diagnóstico, el especialista puede adoptar el mismo enfoque empírico en cuanto al tratamiento que el empleado por el médico local:

> Y [el especialista] dirá: «Ah, sí, usted tiene la enfermedad de Ménière, tiene problemas de mareos y ese tipo de cosas... Vuelva a verme dentro de seis meses».
>
> No fue muy preciso, [el especialista] no podía decir con certeza cuál era la causa real o cuál era el problema real; sin embargo, por los síntomas era probable que se tratara de vértigo y una de estas tres pastillas debería tener algún efecto. Por desgracia, no lo tuvieron.

Este resultado puede ser muy decepcionante para aquellos individuos que en un inicio adoptaron lo que se ha denominado como el modelo «mecanicista» de la enfermedad (Stainton-Rogers, 1991) y creían que sus síntomas eran el resultado de un colapso físico moderado que sería solucionado por los médicos una vez que identificaran la causa:

> Supongo que quería una cura mágica: deshacerme del vértigo, tomar pastillas por una semana y recuperarme.
>
> Tenía la esperanza de que descubrieran qué era, solucionaran el problema y tuvieran algo para curarlo. Esa era mi idea.

Incluso aquellas personas cuyas expectativas iniciales sobre el resultado de la investigación y el tratamiento médico eran menos optimistas pueden sentirse desalentadas debido a la falta de información sobre el pronóstico que les permitiría planificar y adaptarse a su enfermedad:

> Lo peor es no saber cuánto tiempo va a durar, cuándo vendrá el próximo [ataque], y no saber lo que supongo es el pronóstico. En realidad lo peor, para mí, creo que es lo desconocido.

Tras reconocer la profunda inquietud que el vértigo persistente puede provocar, la principal forma de apoyo no farmacológico que ofrece hoy en día la profesión médica es el «consuelo». Los libros de texto son unánimes al considerar el consuelo del paciente como un elemento clave del tratamiento médico; no obstante, dichos libros de texto no consideran nece-

sario brindar consejos específicos sobre cómo consolarlos. Con el fin de examinar la eficacia de los procedimientos para brindar consuelo, usé las declaraciones sobre las consecuencias y percepciones del vértigo hechas en entrevistas como la base de un cuestionario que se administró a todos los pacientes vertiginosos que asistieron a una clínica especializada en el periodo de un año. A pesar de que todos estos pacientes habían sido investigados a fondo y de que por lo menos dos personas diferentes les aseguraron que su enfermedad era «benigna» en al menos dos ocasiones, me di cuenta de que dos tercios de los encuestados admitieron sufrir la ansiedad constante de que algo podría estar de verdad mal en ellos, y de que esta creencia estaba bastante correlacionada con informes sobre casos de depresión causados por el vértigo (Yardley y Putman, 1992).

El cuestionario también contenía elementos relacionados con la percepción del tratamiento por parte del personal médico. Los estudios previos de otros tipos de enfermedad señalan que los pacientes no están dispuestos a criticar de manera explícita la atención médica; no obstante, la insatisfacción puede detectarse en forma de quejas específicas por lo general asociadas con una percepción de falta de información e interés en sus problemas, o la creencia expresa de que la medicina tiene poco que ofrecer (Fitzpatrick, 1984a; Roberts, 1985; Thompson, 1984). Las respuestas al cuestionario se ajustaban exactamente a este modelo; el 81% de los encuestados estuvo de acuerdo en cierta medida en que sus médicos les habían sido de gran ayuda, pero el 70% pensaba que no había nada que se pudiera hacer por ellos. Muchos de los encuestados también insinuaron que se les podría haber dedicado más tiempo y atención a la discusión de sus problemas:

> [El especialista] era muy amable, pero tenía su propia idea acerca de la causa del problema y no escuchaba. Supongo que tienen muchos pacientes; tienen unos cinco minutos por paciente para leer de forma detenida los apuntes y obtener su propia idea del problema. Parecía que de veras no entendía, parecía tener una idea en su cabeza acerca de lo que era y me daba [sedantes vestibulares, antieméticos y antihistamínicos]. No podía pensar más allá de eso.
>
> Ahora sí nos comunicamos, mi médico y yo; pero si lo hubiéramos hecho desde el principio, entonces no lo habría molestado tanto. Ese fue uno de mis principales problemas. Comprendo que tal vez no sabe mucho sobre el problema, es decir, la razón por la que sucede; así que no culpo a nadie, ¿sabe? Pero eso es lo que siento.

Un análisis más detallado de los resultados del cuestionario reveló dos perfiles de actitud distintos. Aquellos que pensaban que se habían beneficiado del tratamiento farmacológico (y que por ende se supone que se habían mejorado o recuperado) declararon que los médicos eran serviciales y comprensivos, y que no tenían ningún deseo de información ni asesoramiento adicional. Sin embargo, la mitad de la muestra se mostró de acuerdo con la afirmación «No me dieron explicación suficiente sobre la enfermedad y sobre cómo lidiar con ella». Estos últimos se caracterizaban por tener altos niveles de discapacidad declarada, minusvalía, angustia y ansiedad a causa del vértigo, y fueron menos propensos a considerar a sus médicos como personas serviciales y comprensivas. Estos hallazgos sugieren que la insatisfacción con la atención médica puede ser la consecuencia de una transición difícil o tardía del modo tradicional de tratamiento centrado solo en el médico, que puede ser necesario en caso de una enfermedad aguda, al estilo cooperativo de la relación médico-paciente que es más adecuado para tratar enfermedades crónicas. Si el problema del vértigo se resuelve de manera rápida, los pacientes se contentan con una explicación mínima, no obstante, cuanto más tiempo persisten los síntomas y más evidente se hace que la solución al problema no es simple, mayor será su deseo por obtener información que pueda ayudarlos a participar de modo activo en el tratamiento de su enfermedad:

> Si hubiera habido algo que de verdad dijera «esto es lo que está ocurriendo, esta es el área de su cuerpo que está afectada, esto la está empeorando, con esto podemos curarla, éste es el tratamiento medicamentoso que le ofrecemos, estos son los diferentes tipos de tratamiento disponibles para usted, esto es lo que han experimentado otros pacientes, esto es lo que dicen ellos sobre llevar una vida normal»; si eso hubiera sucedido y, en especial, si hubiera sido escrito por alguien que en realidad ha pasado por lo mismo, de seguro que hubiera sido de ayuda.

Muchas personas describieron una fuente adicional de insatisfacción que está vinculada a la relación hipotética entre el vértigo y el estrés. Debido a que tienen la sospecha de que una perturbación psicológica puede estar contribuyendo a los problemas de sus pacientes, con frecuencia los médicos mencionan que el vértigo podría estar relacionado con el estrés. En el estudio mediante cuestionario descrito antes, casi todos los pacientes habían sido diagnosticados con una enfermedad orgánica; no obstante, la mitad de las personas en cada categoría de diagnóstico respondió de forma afirmativa a

una sección en donde se les preguntaba si se les había insinuado que el estrés podría ser un factor en su enfermedad. Aunque esta pregunta no especificaba si la sugerencia había venido de parte del personal médico, las declaraciones de la entrevista en la que se basó el cuestionario indicaron que dichas sugerencias se originaron, por lo general, a partir de una fuente médica. El hecho de mencionarles que el vértigo era producto del estrés estaba fuertemente asociado con el complejo de discapacidad, aflicción e insatisfacción al que se hizo mención en líneas anteriores.

Existen varias explicaciones posibles para este hallazgo. Es más probable que los médicos sugieran que el vértigo se debe al estrés a los pacientes que se muestran ansiosos de una manera atípica. Además, el fracaso de los exámenes y tratamientos médicos en proporcionar un diagnóstico y una cura más precisos puede, al mismo tiempo, incrementar tanto la ansiedad e insatisfacción que los pacientes sienten con respecto a la medicina, como las sospechas de los médicos sobre una contribución no orgánica a sus dolencias. Sin embargo, tales comentarios tienden a sugerirles a los pacientes que el personal médico cree que sus síntomas son exagerados o neuróticos, lo cual fomenta la idea de que no se aprecia su problema físico por completo, e insatisfacciones con las actitudes y atención médicas (Thompson, 1984). Las investigaciones anteriores han demostrado que el consuelo solo es efectivo cuando los pacientes sienten que el médico en realidad comprende la naturaleza de la dolencia (Fitzpatrick, 1984b). Por consiguiente, es poco factible que los pacientes que consideran (a menudo de manera acertada) que sus síntomas tienen una causa orgánica acepten «consuelo» cuando este va acompañado de un comentario sobre la relación entre dichos síntomas y el estrés. En efecto, aquellos entrevistados a quienes se les había dicho que el vértigo era causado por el estrés señalaron tres fuentes de ansiedad: el temor inicial de que pudiera existir una causa desconocida para síntomas que ellos sabían que eran reales, la preocupación adicional de que los médicos pensasen que eran hipocondríacos o neuróticos, y una persistente duda sobre si de verdad podrían serlo.

Las implicaciones del manejo de la hipotética relación entre el vértigo y el estrés pueden constituir una fuente adicional de insatisfacción. Dado que se cree que muchos medicamentos psicoactivos también pueden sedar el sistema vestibular, a menudo los médicos intentan resolver al mismo tiempo los presuntos problemas físicos y psicológicos a través de tranquilizantes,

fenotiazinas, fenobarbital u otros medicamentos que tienen efectos centrales significativos. En este caso, muy rara vez se explican las características o propósito exacto de estos medicamentos, por lo que el gran número de pacientes que conforman nuestra muestra se consternaron al enterarse al final de que las pastillas que habían estado tomando para evitar los mareos eran tranquilizantes. Estos fármacos pueden tener efectos desorientadores físicos y mentales, puesto que los medicamentos psicoactivos pueden alterar la función del sistema del equilibrio y retardar la compensación. Ya que los medicamentos de este tipo suelen generar hábito, existe también un riesgo considerable de que se cree un ciclo indefinido y prolongado de mareos y dependencia de medicamentos. Algunos especialistas se atreven a recomendar soluciones quirúrgicas para tratar la ansiedad que experimentan las personas que sufren de vértigo. Por ejemplo, Barber comenta que «el miedo a un vértigo recurrente representa una fuente poderosa de ansiedad en algunos pacientes y puede constituir el principal indicio para decidirse por un tratamiento quirúrgico» (1983, p. 29). Por otro lado, Browning realiza una evaluación pesimista sobre el posible valor físico de la cirugía por medio de la sugerencia de que «no deberían desestimarse por completo los efectos placebo de la cirugía, pues puede ser muy complicado conseguir índices placebo similares a través de medios no quirúrgicos» (1986, p. 240). No obstante, nunca se han comparado de forma oficial los costos y beneficios relativos que ofrecen estas soluciones con los que puede ofrecer alguna alternativa no quirúrgica o algún programa de tratamiento no farmacéutico. Por ende, la conveniencia y, en efecto, la ética para abordar de manera deliberada los problemas psicológicos a través de dichas técnicas requieren de una mayor atención, sobre todo porque los pacientes no están, por lo general, al tanto de las razones de estos tratamientos psicoterapéuticos, a pesar de que tanto los fármacos como la cirugía tienen el riesgo de acarrear efectos secundarios indeseables.

Incluso cuando la medicación psicoactiva no cuenta con receta, el solo decirles a los pacientes que sus síntomas están vinculados con el estrés puede tener consecuencias psicosociales negativas, y esto debido a que los intentos verdaderos por ayudar a la gente que padece de vértigo a identificar, lidiar y eliminar las fuentes de estrés (por ejemplo, por medio de una derivación a un programa de manejo del estrés) son muy raros. Muchas personas toman esta mención del estrés como una acusación encubierta de que son responsables por su enfermedad; mientras que otros reaccionan

asumiendo que deberían adoptar el pasivo y restrictivo estilo de vida de un inválido crónico, un rol que para aquellos que desean ser activos representa por sí mismo una fuente de frustración extrema. Con mayor frecuencia, los pacientes buscan encontrar un equilibrio razonable entre la actividad y la relajación, pero se sienten limitados por la incertidumbre que les produce la probable evolución temporal de sus síntomas y la ignorancia sobre cómo manejar mejor su trastorno:

> No llegas a comprenderlo: ¿Va a desaparecer, es algo que siempre estará allí, o es algo que irá avanzando? Nunca te responden. Creo que hubiera sido de mucha ayuda si desde el inicio me hubieran dicho no lo que anda mal conmigo o lo que es, sino la forma de lidiar con eso. Está muy bien que te digan que debes guardar reposo, pero hasta que de verdad entiendas cómo reconocer cuándo estás empezando a tener algunos problemas… pienso que tú mismo debes ponerte a prueba: ver lo que puedes y no puedes hacer.

Tal como indican los comentarios anteriores, para muchos pacientes con vértigo el resultado final de su «carrera médica» (es decir, su contacto con el sistema médico) es la constatación de que tendrán que encontrar por sí mismos la manera de vivir con su enfermedad, a veces con poca ayuda por parte de fuentes profesionales:

> Al final te vuelves muy filosófico sobre el tema porque tienes la impresión de que de todos modos no puedes hacer nada al respecto. Hasta donde puedo ver, no creo que los que se dedican a la medicina supieran o sepan aún nada sobre eso. En realidad, solo están tanteando en la oscuridad; [así que] al final no molestas a las personas a menos que estés de verdad desesperado.

Los siguientes capítulos analizan los problemas prácticos, fisiológicos, sociales y psicológicos a los que se enfrentan las personas que padecen de vértigo crónico o recurrente, y describen la manera en la que las personas responden a estas dificultades y aprenden a lidiar con el trastorno.

CAPÍTULO 3

ACTIVIDAD FÍSICA Y MEDIO AMBIENTE

Consecuencias físicas del vértigo

Las características físicas del vértigo (descritas en el Capítulo 1) comprenden, en primer lugar, la desorientación y la pérdida del control postural y ocular que caracteriza la disfunción del sistema del equilibrio y, en segundo lugar, los síntomas autonómicos adicionales tales como sudoración fría, náusea y vómitos que se desencadenan debido a la desorientación perceptiva. Por ende, la consecuencia física inmediata de una crisis aguda es la discapacidad virtual. El paciente no puede ponerse de pie o caminar, e incluso podría no ser capaz de centrar la vista de manera correcta debido a movimientos oculares involuntarios. De esta forma, se vería obligado a solo permanecer inmóvil en cama evitando cualquier movimiento de cabeza que podría estimular el sistema vestibular y, por lo tanto, incrementar el mareo. Dado que el proceso de compensación es bastante rápido, este estado de discapacidad grave dura rara vez más de una hora o dos. No obstante, hasta que se logre una habituación completa, cualquier movimiento rápido o desacostumbrado causará síntomas adicionales, lo que resulta en un nivel menos extremo pero igual de significativo de interferencia con la actividad física. Las diversas formas en las que la actividad física suele verse afectada por el vértigo están resumidas en la Tabla 1, que ofrece una lista de las formas de discapacidad que las personas que padecen de vértigo reportaron con más frecuencia en las entrevistas (Yardley, Todd et al., 1992).En las siguientes citas, se describen gráficamente los efectos de gran alcance que produce el vértigo residual provocado por movimiento en la actividad física:

> Si me levanto muy rápido, me da [vértigo]; si me agacho, me da; si me inclino; si me estiro; si miro hacia arriba, me comienza a dar; si me volteo, me mareo. No puedo voltear para ese lado.
>
> Me levanto de la cama muy despacio, como un zombi. He aprendido a no inclinarme ni a voltear rápido. Nunca miro mis pies. Si se me cayeran las cosas, no me atrevería a agacharme a recogerlas.

A partir de estos testimonios de discapacidad significativa, se hace evidente que el vértigo recurrente no solo es una experiencia desagradable, sino que puede tener un fuerte impacto en diferentes áreas de la actividad cotidiana. Una gran parte de las personas entrevistadas declaró que inclinar la cabeza o agacharse les provocaba vértigo y que esto les causaba problemas con tareas rutinarias como cuidar el jardín, poner o sacar las compras de los carritos, o lavarse el cabello. A veces la dificultad para centrar la vista afectaba actividades tales como leer, tejer y coser. Una experiencia común fue que la susceptibilidad a la cinetosis había aumentado en gran medida (ver la siguiente sección), y esto interfería con viajes largos y vacaciones. La inestabilidad persistente o la posibilidad de una crisis repentina e inesperada hicieron que algunas tareas se volvieran muy peligrosas o riesgosas. La mayoría tuvo que dejar de conducir y algunos señalaron que eran incapaces de operar máquinas, supervisar a los niños, manejar bicicleta o nadar. Por otra parte, muchas actividades físicas de ocio, como bailar o hacer ejercicio, les provocaban sensaciones tan desagradables de desequilibrio y náuseas que ya no valía la pena seguir haciéndolas.

Tabla 1. La discapacidad y la incapacidad anticipatoria como resultados del vértigo.

- **Medidas físicas para lidiar con una crisis**

Sentarse, acostarse, descansar, moverse de manera lenta, evitar agacharse o voltear, apoyarse en algo.

- **Restricción de la actividad a consecuencia del vértigo**

Actividades cotidianas normales: no pueden lavar, ir de compras, cocinar, realizar los quehaceres domésticos o limpieza rutinaria.

Obligados a evitar o limitar la participación en a) actividades de ocio que requieren actividad física (por ejemplo, el baile, las excursiones, la gimnasia, la natación, el ciclismo, diversos deportes, la jardinería) y b) actividades de ocio menos activas (por ejemplo, leer, tejer, coser, clases).

Incapaces de conducir o viajar en autobús, tren, bicicleta, avión, auto, o subirse a escaleras mecánicas.

A partir de las explicaciones que surgen para los distintos casos de discapacidad, parece ser que aunque algunas de las discapacidades causadas por el vértigo son el resultado directo de la pérdida de control postural y el malestar general, la gran parte de la restricción de actividad no se debe a la actual discapacidad física. De hecho, cuando se compara el grado de dificultad producto del vértigo con la frecuencia y la gravedad de los síntomas, es evidente que los episodios bastante limitados y aislados de mareos pueden estar asociados con restricciones prolongadas y sustanciales en el estilo de vida (Yardley, Luxon y Haacke, 1993). La aparente discrepancia entre la incidencia y el grado de discapacidad física, y la consecuente incapacidad tiene su explicación en la respuesta racional de los pacientes que consiste en evitar cualquier actividad que pueda producir vértigo, ante aquellos síntomas provocados por el movimiento. A dicha restricción deliberada de la actividad se le ha denominado «incapacidad anticipatoria» (Cioffi, 1991).

A veces, la incapacidad anticipatoria se le atribuye a un miedo o un modo de respuesta pasivo ante las dolencias físicas. Al parecer, esta interpretación de las restricciones autoimpuestas en los estilos de vida es justificable cuando el único propósito que se tiene es el de no provocar sensaciones que el paciente encuentra desagradables; por ejemplo, cuando las personas que padecen de vértigo restringen sus movimientos con el único fin de evitar ese tipo de síntomas. Sin embargo, la impredecibilidad y la incertidumbre que rodea al vértigo proporcionan dos razones aún más convincentes del porqué hasta las personas más estoicas y energéticas pueden pensar que es mejor evitar la actividad. En primer lugar, una razón importante para restringir el movimiento físico se origina en la sospecha o creencia de que los niveles excesivos de actividad pueden provocar una crisis a gran escala ya que el movimiento está relacionado, sin lugar a dudas, con la aparición de la sensación de mareos. Los siguientes testimonios demuestran que los pacientes tienen dificultades para distinguir con claridad entre los mareos provocados por movimientos de la cabeza y las etapas iniciales de un episodio agudo de vértigo:

> Si me agachara, si estuviera cosiendo o cualquier cosa por el estilo (suelo hacerlo en el piso), me sentiría mareada. Me haría sentir un poco mareada, lo que en ocasiones terminaría por desencadenar un ataque de vértigo.
>
> Siempre tengo que tener mucho cuidado cuando me muevo o con lo que hago. Cada vez que inclino la cabeza hacia abajo, me mareo de una manera horrible. La última vez que fui a jugar bingo, tenía que mantenerme en la silla y al mismo man-

> tener la cabeza quieta mientras intentaba marcar los números. Fui a una tienda de materiales de construcción y tuve salir porque dar vueltas buscando cosas y mover la cabeza de un lado a otro me estaba haciendo sentir mal. Al parecer, mover la cabeza lo… No sé si eso lo que lo provoca, pero así parecía. Incluso ahora, si tuviese que dar la vuelta deprisa y luego voltear otra vez, creo que el malestar regresaría.

Algunas personas expusieron la creencia (en esencia, errónea) de que el movimiento podría ser en realidad la causa de las crisis agudas de vértigo como una posible justificación para considerar la inmovilidad total como una estrategia lógica de prevención o solución:

> Creo que si fueras lo suficientemente inteligente como para irte a la cama y recostarte 24 horas antes de que el ataque se materializara de verdad, podrías ser capaz de estabilizarlo así.

> Me refiero a que no estuve haciendo nada…, y punto. Ya sea o no que el descanso total es [lo que se necesita], no lo sé. Quiero decir, no trabajar, sentarse en una silla haciendo lo que quieres todo el día; sea que eso le esté dando a tu cuerpo descanso o tiempo para recuperarse, o no, no lo sé. No tengo idea. Todo lo que sé es que no sigo la rutina normal: no me levanto ni me voy a trabajar, tampoco vuelvo y cocino la cena, entre otras cosas.

Estas citas ilustran el inmenso potencial que presenta la incapacidad anticipatoria y que puede ser producto de no saber diferenciar entre las crisis espontáneas, provocadas por un daño interno del órgano vestibular que no se encuentran ligados a la actividad, y el vértigo causado por movimiento, que constituye una parte necesaria e inofensiva, aunque desagradable, del proceso de compensación. A pesar de que los síntomas que se originan debido al movimiento pueden ser, de hecho, muy similares a aquellos que se experimentan en una ligera crisis espontánea, el conocimiento de las diferentes causas e implicaciones de la desorientación espontánea y provocada, en extremo disímiles, les permitiría a los enfermos regular el nivel de actividad de una manera más informada y adecuada.

Un segundo motivo para abstenerse de realizar ciertas actividades es la posibilidad, a menudo muy real, de hacerse daño a uno mismo o a otros cuando se está discapacitado. Los entrevistados proporcionaron algunos ejemplos de percances reales como tambalearse contra muebles, tropezarse e, inclu-

so, caer bajo un camión. Ya que muchas personas creen que en cualquier momento podría ocurrirles una crisis, sin aviso, una estrategia prudente es evitar todas las actividades que podrían resultar peligrosas si se ven interrumpidas por un mareo repentino. Un ejemplo común de una actividad de este tipo fue conducir, a pesar de que muchos de los entrevistados pensaron que las consecuencias perjudiciales de renunciar a esta actividad serían tan graves que preferían creer que podrían detener el auto sin problemas apenas sintieran que les comenzaba a dar una crisis. No obstante, se brindaron varios ejemplos adicionales de actividades que pueden considerarse demasiado peligrosas como para llevarlas a cabo. Desde subirse en un andamio, hasta la iluminación de un escenario, y desde cruzar la calle, hasta subir escaleras.

El grado en el que el vértigo representa un peligro potencial varía de acuerdo con las actividades que el individuo realiza generalmente. Por lo tanto, aquellos entrevistados cuyas ocupaciones requerían trabajar en alturas o manejar maquinarias peligrosas se veían más discapacitados que aquellos que desempeñaban trabajos de oficina. La amenaza que plantea el vértigo también depende de los recursos físicos a los que la persona puede recurrir para prevenir o lidiar con la posibilidad de caerse, lo que explicaría en parte por qué el aumento de edad incrementa el nivel de la discapacidad que produce el vértigo (Yardley, Verschuur et al., 1992). Incluso una lesión vestibular leve puede causar una alteración significativa del control postural en personas con múltiples impedimentos sensoriales o motores menores (como es a menudo el caso de los ancianos). Es posible que no puedan sustituir o corregir la ausencia o alteración de la información vestibular debido a la mala visión o disminución de las funciones somatosensoriales en los miembros inferiores. Por otra parte, las personas mayores son menos capaces de corregir su postura una vez que han comenzado a perder el equilibrio debido a que, en general, tienen reflejos más lentos, movilidad articular reducida y menos fuerza muscular. Además, a las personas mayores no solo les resulta más difícil adaptarse o compensar la pérdida momentánea y parcial del equilibrio, sino que las consecuencias físicas de una caída les resultan más perjudiciales debido a su fragilidad ósea y su reducida capacidad de recuperación.

El vértigo puede ocasionar daño físicos secundarios no solo porque provoca caídas, sino también como resultado de las estrategias físicas que se adoptan con el fin de prevenir o lidiar con los mareos. Uno de los efectos secundarios más comunes por evitar mover la cabeza es el desarrollo de una

rigidez en el cuello que, a su vez, puede producir graves dolores de cabeza. Con frecuencia, los pacientes no tienen conocimiento de haber adoptado de manera inconsciente una postura rígida de la cabeza, y creen que los dolores de cabeza son solo una parte integral del síndrome de mareos, náusea y malestar general. Irónicamente, muchos médicos clínicos creen que el trastorno cervical (cuello) puede causar por sí mismo mareos, ya sea mediante la distorsión de la información somatosensorial del cuello o la alteración del suministro vascular al oído interno (de Jong y Bles, 1986; Oosterveld, 1984; Pfaltz, 1984). Aunque los trastornos cervicales pueden ser producto de la degeneración o enfermedad espontánea, se pueden exacerbar si de manera deliberada se mantiene una postura demasiado rígida de la cabeza. Por consiguiente, es posible que al emplear una postura vertical rígida de la cabeza con el fin de lidiar con el mareo residual producido por un trastorno vestibular en realidad la gente esté empeorando la causa de sus mareos. Asimismo, una pérdida general de la condición física y movilidad puede ser acompañada por un aumento de peso, el cual representa un efecto a largo plazo común de la restricción de la actividad física asociada con el vértigo crónico, ya que los pacientes por lo general abandonan todo tipo de deporte y ejercicio vigoroso.

Las consecuencias del movimiento restringido de la cabeza y del cuerpo tienen dimensiones tanto sociales como físicas. Mauss (1979) señala que existen modos socialmente específicos para realizar cualquier movimiento físico, los cuales variarán de acuerdo con las características sociales de la persona, como su cultura, edad y estatus. La postura y el movimiento de la cabeza constituyen un canal de comunicación no verbal importante que puede transmitir actitudes como el interés, el dominio o el consentimiento. Las estrategias posturales que se utilizan para lidiar con el vértigo pueden afectar el elemento no verbal de las relaciones sociales de formas sutiles pero importantes:

> No volteas a mirar a alguien que se te acerca por la mano derecha, esperas a que se dé la vuelta hasta estar frente a ti para hablarle. Si alguien me habla, me pongo de pie y les hablo, pero no voltearía a verlo.

Toombs (1992) ha indicado que, en términos sociales, el cuerpo puede ser visto como una pantalla gestual significativa. En este sentido, las personas que cambian su comportamiento como resultado del vértigo pueden sentirse preocupadas por la impresión negativa que el cuidado en los movimientos podría causar en los observadores.

> La gente me puede decir: «Corre por la calle, salta, haz todas esas cosas», pero no las haré. De todos modos, no estoy apta, pero tengo miedo de desencadenar un ataque. Correr, molestar, hacer bromas… ya sabes, cualquiera de esas cosas con las que tengo cuidado… por ejemplo, estas ferias elaboradas que tienen ahora. Evitaré hacer muchas cosas. De verdad te pone un límite, ya sabes, si quieres ser una persona divertida.
>
> Todo me toma un poco más de tiempo. La gente dice que es la edad, pero no es la edad, es que tengo miedo de caerme.

Por otra parte, el tono un tanto a la defensiva de estas citas sugiere que las percepciones poco halagadoras que se les atribuyen a los testigos, como lentitud o falta de espontaneidad, pueden en parte internalizarse; lo que resulta en un imagen corporal negativa o, incluso, en una imagen negativa de sí mismos.

Toombs también señala que bajo circunstancias normales no somos conscientes de nuestro cuerpo, que constituye el medio utilizado para cumplir con el propósito de la actividad. Solo cuando la actividad se ve interrumpida por el mal funcionamiento físico, el cuerpo se convierte en el centro de nuestra atención y, en este contexto, se le percibe como defectuoso y que va en contra de nuestra voluntad. Algunos de los comentarios de los entrevistados confirmaron que se puede inducir una sensación de estar consciente de su propio cuerpo y sentirse ajeno a él cuando ocurren episodios de desorientación y pérdida de control poco usuales:

> Puedes estar bien en un momento y entonces es como si jalaran una palanca y de pronto te sientes muy enfermo. No enfermo, más bien te sientes tenso y muy introspectivo con respecto a ti mismo. Casi como si hubiera habido un cambio químico en tu cuerpo.
>
> Creo que te golpea casi como si se hubiera muerto un familiar cercano. Tu cuerpo cambia; está fuera de tu alcance. Una parte de ti ya no es la misma y nunca más lo será.

En suma, si bien las consecuencias físicas del vértigo son desagradables y frustrantes por sí mismas, pueden tener implicaciones mucho más profundas a través de su impacto psicosocial indirecto. La restricción de las actividades, tales como conducir y realizar esfuerzos físicos que se adoptan ya sea por

necesidad o preocupación por los riesgos a la integridad física, o por miedo a sufrir otras crisis, pueden obligar a algunos individuos a abandonar su trabajo. Además, estas restricciones también les imponen limitaciones a la independencia y actividades sociales de muchas otras personas. Del mismo modo, el abandono de las actividades de ocio activo, como el baile y las excursiones, puede causar una serie de efectos secundarios adversos, que van desde engordar y llegar a estar fuera de forma hasta perder el contacto con las redes sociales que los individuos tanto aprecian. El resultado final puede ser una imagen de sí mismo de aparente envejecimiento prematuro, pues la persona se siente limitada a moverse con rigidez y cautela por su casa. Las múltiples formas en las que la discapacidad física provocada por el vértigo puede conducir a más problemas físicos, dificultades sociales y angustia psicológica se ejemplifica de forma elocuente en la respuesta de una joven mujer a la pregunta « ¿De qué manera el vértigo está afectando tu vida?»:

> Bueno, obvio, afecta el placer en todos sus aspectos. Tengo que hacer ejercicio para estar en forma y hay cosas que quisiera hacer solo por razones personales. También afecta el sexo. A ver, intenta revolcarte con alguien en la cama. Lo que ha hecho es afectar mi vida sexual igual que todo lo demás porque ahora tengo demasiado miedo de marearme, por eso lo evito. Ha afectado mi trabajo en el sentido de que busco a alguien más que haga las cosas por mí, como agacharme o hacer esto, aquello y lo otro. Me siento culpable por ello porque es injusto. Viajar; me da pánico si tengo que entrar en un carro y sentarme en el asiento trasero, así que insisto y fastidio con tal de ir en el asiento delantero. En sí, evito cualquier cosa que en realidad pueda desencadenarlo. Por ejemplo, al levantarme en la mañana, lo hago muy lento. Me hace sentir como una persona vieja, lo que es horrible. Me siento muy vieja y decrépita. Trato de no voltearme de repente. La mayor parte del tiempo, siento que tengo un collarín en el cuello. Muchas mañanas, me despierto con el cuello rígido y pienso: « ¿A qué se debe esto?», y estoy segura de que es por la preocupación y la tensión. Creo que es el hecho de caminar por ahí siempre como si fuera Herman Munster [un personaje zombi de un programa de televisión que se mueve con rigidez].

Paralelos con la cinetosis

En la sección anterior, nuestra atención se centró en las consecuencias corporales del vértigo y en la forma en la que las actividades físicas del individuo afectan y se ven afectadas por el mismo. No obstante, la desorientación no es una sensación somática que se encuentre localizada dentro del cuerpo, sino la conciencia de que existe una relación alterada con el ambiente. En efecto, las víctimas describen con frecuencia el vértigo en términos de una orientación incierta con respecto al ambiente, o lo retratan de manera explícita como un movimiento alarmante del propio ambiente:

> A veces no sabes si estás de pie o de cabeza. Es de verdad extraño.
>
> Cada vez que miraba hacia arriba, la habitación comenzaba a dar vueltas, todo el techo giraba.
>
> Una vez, estaba viendo la televisión y me pareció que daba vueltas y vueltas, todo el aparato parecía dar vueltas y vueltas. Todo seguía girando aún si cerraba los ojos, así que en ese sentido era aterrador.

Estos testimonios fenomenológicos representan la experiencia del vértigo proveniente de la interrelación entre el individuo y su entorno, mas no del interior del individuo. Sin duda, es cierto que el equilibrio requiere coordinación entre el individuo y el ambiente. La actividad física debe calibrarse con precisión para que coincida con las condiciones externas. Por lo tanto, de la misma manera en la que un cambio en el patrón habitual de señales del órgano vestibular puede causar vértigo, las condiciones ambientales desconocidas o alteradas pueden originar desorientación, desequilibrio y mareos. Por consiguiente, algunos médicos clínicos sugirieron que la cinetosis puede considerarse como un caso especial de vértigo (Brandt y Daroff, 1979), puesto que sus síntomas son muy similares y un patrón similar de adaptación gradual media en la recuperación de ambas formas de desorientación. Las personas que han experimentado ambos también reconocen la correspondencia entre la experiencia subjetiva de la desorientación causada por condiciones tanto internas como externas, tal como explicó un expiloto:

> Eso [la aparición de vértigo] me alejó de mis ganas de volar. Me gustaba hacer acrobacias con el avión y todo ese tipo de cosas cuando era más joven. Iba a comenzar a hacerlo otra vez, pero decidí que el vértigo era de por sí suficiente. ¡Tienes tu propio simulador personal!

Tanto la cinetosis como el vértigo parecen activarse cuando existe una desorientación que involucra el sistema vestibular, por ejemplo, cuando se alteran la orientación y el equilibrio debido a trastornos que provocan disfunción periférica somatosensorial o pérdida del control motor, no se producen mareos ni náuseas. Es posible que el propósito evolucionario del síndrome del vértigo y la cinetosis sea en particular alertar al animal o humano en cuestión de una disfunción del sistema del equilibrio que se produjo a causa de un fallo vestibular, y promover respuestas conductuales apropiadas (en esencia, la inmovilidad mientras se esté peligrosamente descoordinado) y reacciones fisiológicas (tales como vómitos con el fin de expulsar cualquier sustancia tóxica que pueda haber causado la disfunción). Las deficiencias en la percepción o en el control motor causadas por otros tipos de disfunción sensorial o motriz pueden tener síntomas localizados de modalidad específica tales como dolor, entumecimiento, debilidad, pérdida de la sensibilidad, visión borrosa o ceguera. Sin embargo, el sistema vestibular ha evolucionado de tal manera que no funciona más que en combinación con otros sistemas sensoriales y motrices, y no produce sensaciones diferentes por sí mismo. Por lo tanto, una disfunción del sistema vestibular solo puede identificarse de modo indirecto. En consecuencia, el vértigo o la cinetosis se producen siempre que se altere de manera persistente la coordinación perceptiva y el control de la orientación, y no se pueda encontrar una causa interna o externa obvia, lo que indica una probable alteración del funcionamiento vestibular. Esta es la razón por la que el síndrome no se origina por dificultades de orientación debido a la oscuridad o la ceguera o por problemas de coordinación causados al entrar a un nuevo medio, tal como el agua, o al tratar de mantener el equilibrio en un nuevo modo de locomoción como esquiar o montar bicicleta. Por el contrario, a pesar de que es evidente que la disfunción vestibular o los viajes en el mar o en el espacio pueden ser la causa de la desorientación, sin duda las ambigüedades de la información vestibular que dan lugar a la desorientación en estas situaciones no son obvias a primera vista para la persona afectada, aunque se pueden explicar en términos de la mecánica y el funcionamiento del sistema vestibular.

Antes de la invención de los modos pasivos de transporte y de los ambientes artificiales que hoy en día provocan mareos, era probable que cualquier alteración prolongada de la forma en la que el animal debía interactuar perceptivamente con el ambiente para poder orientarse se debiera a la disfunción vestibular. Por lo tanto, puede ser que el vértigo sea el caso

prototípico de «cinetosis» y la causa original del síndrome. Debido a la naturaleza adaptable del sistema de la orientación, la toma de conciencia de la desorientación inexplicable representa, en particular, un medio adecuado para alertar a un animal de la existencia de una disfunción vestibular. Por supuesto, para el animal es más importante su estado de coordinación que el nivel total del funcionamiento vestibular. Un síndrome provocado de forma indirecta a través de la conciencia de la desorientación puede proporcionarnos esta información. Los patrones y tiempos de adaptación característicos del proceso de recuperación, en extremo variables, se ven ensombrecidos por los síntomas de vértigo a través de este mecanismo. En consecuencia, estos síntomas le brindan al animal un índice actualizado de su nivel de coordinación.

El reconocimiento de los paralelismos cercanos entre el vértigo y la cinetosis puede proporcionar una valiosa fuente de conocimientos sobre la forma en la que los factores ambientales pueden afectar a las personas que padecen de vértigo. El análisis de las respuestas al vértigo clínico se complica debido a las variaciones de la patología, que no pueden evaluarse con precisión, y a las adaptaciones secundarias a problemas crónicos de equilibrio. En cambio, mediante el uso de estímulos estandarizados que permiten evaluar las respuestas normales a los retos del sistema de la orientación, se puede provocar la cinetosis en episodios aislados y controlables. Entonces, al emplear estudios experimentales sobre la cinetosis es posible deducir información sobre el vértigo que sería difícil de obtener tanto por investigaciones en el contexto de una patología que se desarrolla de manera natural como por las experiencias incontrolables y multifacéticas de los pacientes. Los principios que gobiernan la incitación de la cinetosis y la adaptación a la desorientación en personas sanas pueden extenderse a los casos de aquellas personas que sufren de vértigo.

A partir de los numerosos estudios sobre la cinetosis, podemos deducir tres conclusiones importantes (para una revisión más detallada, ver Yardley, 1992a, 1992b). La primera de ellas es que las reacciones de un individuo a las condiciones de desorientación son, en parte, específicas para cada situación; de modo que las personas que se sienten muy desorientadas ante el movimiento vertical de las olas podrían no sentirse para nada perturbadas por lo confuso del entorno visual de un simulador de vuelo. Este hallazgo tiene implicaciones obvias para la evaluación de la disfunción del sistema de la

orientación. Es más probable alcanzar una evaluación exacta de la discapacidad bajo condiciones de prueba que difieren lo menos posible de las circunstancias que el individuo encuentra desorientadoras en la vida cotidiana. En parte, esto podría explicar por qué a menudo los resultados de las pruebas tradicionales de la función vestibular, que en sí implican calcular los movimientos oculares de un paciente inmóvil en la oscuridad, muestran resultados negativos en pacientes con síntomas que con claridad sugieren una disfunción en el sistema del equilibrio. Médicos clínicos como Norré entienden el hecho de que se experimente desorientación solo en ciertas situaciones o cuando se realizan tareas de orientación particular. Norré recomienda que se lleven a cabo múltiples evaluaciones de la compensación de la disfunción vestibular que incluyan la evaluación del nistagmo y el vértigo como consecuencia de la posición, el movimiento, los estímulos visuales y la rotación (en varias frecuencias diferentes), y la inestabilidad postural bajo varias condiciones (Norré, 1988; Norré et al., 1984). Ella ha observado que es posible que un paciente no muestre evidencia alguna de anormalidad funcional cuando se lo hace girar a bajas velocidades, mientras que al hacerlo a alta velocidad se pueden producir signos claros de que existe en él una falla para adaptarse al desequilibrio vestibular o viceversa. Del mismo modo, en términos del control vestibular de la postura, el ritmo y la etapa de adaptación del reflejo vestíbulo-ocular pueden estar muy disociados de la compensación. En consecuencia, alguien que tiene movimientos oculares por completo normales podría aún experimentar gran dificultad para mantener el equilibrio. Además, la disfunción puede ser aparente solo bajo condiciones particulares de percepción; por ejemplo, cuando las señales visuales para la orientación son inusuales o engañosas (ver la sección «Vértigo visual» en este capítulo).

Un segundo principio que se puede deducir a partir de la investigación sobre la desorientación es que la experiencia perceptivo-motriz, las habilidades y las actividades de la persona en cuestión pueden afectar su reacción a un ambiente potencialmente desorientador. Haber experimentado condiciones de desorientación puede traer como consecuencia el desarrollo de estrategias adecuadas para hacer frente a dichas condiciones. Fukuda (1975) ha notado que cuando los conductores de ómnibus giran en una curva, se inclinan en la dirección opuesta a los pasajeros. Dichas estrategias posturales bien pueden ser relevantes para la observación común de que las personas son más resistentes a la cinetosis cuando conducen un vehículo que cuan-

do son pasajeros (Benson, 1984). Por otra parte, los «hábitos» perceptivos que se aprenden en un ambiente podrían significar una mala adaptación a determinadas situaciones. Por ejemplo, los pilotos experimentados que reconocen muy bien los patrones de información perceptiva que se esperan al estar en vuelo, se sienten en realidad más desorientados (y nauseosos) en los simuladores de vuelo que los pilotos novatos (Crowley, 1987). El ambiente de la «cabina» al parecer especifica las condiciones perceptivas durante el vuelo y así induce al uso de la información de orientación correcta para volar; sin embargo, la información perceptiva en un simulador no es del todo igual a la de un avión real.

En términos clínicos, esto implica que, además de evaluar la información básica de cada sistema sensorial, es esencial tener en cuenta la forma en la que el individuo intenta y logra combinar estas señales. Por ejemplo, después de haber sufrido un trastorno vestibular pasajero, muchas personas recuperaron por completo la información vestibular que habían perdido por un tiempo, pero aún experimentan un desequilibrio continuo. Estos individuos presentan con frecuencia respuestas vestibulares normales a la estimulación calórica; no obstante, al parecer no hacen uso de la información vestibular para el control postural. Presuntamente, se adaptan de manera automática al trastorno inicial al ignorar y suprimir la información vestibular que se encuentra distorsionada. Sin embargo, después no son capaces de dejar de lado esta estrategia perceptiva a pesar de que la información vestibular vuelve a ser precisa y útil. Dado a que el empleo de la información sensorial depende de las características y actividades de la persona en cuestión, éstas pueden tener una fuerte influencia en el grado y la forma de la discapacidad funcional resultante. Esto podría explicar con más detalle la capacidad limitada de los exámenes clínicos para predecir la desorientación en situaciones cotidianas. Mientras que los exámenes vestibulares clínicos evalúan los reflejos semiautomáticos de aquellos pacientes que están expuestos de forma pasiva a la estimulación vestibular, las estrategias perceptivomotrices que el individuo utiliza para lidiar con una variedad de ambientes pueden tanto prevenir como provocar el vértigo en la vida cotidiana. Se están desarrollando nuevos exámenes para complementar la batería de pruebas vestibulares tradicionales por medio de una evaluación más completa y natural de la función o discapacidad del sistema de la orientación, y para hacer el seguimiento del estado de compensación que el paciente ha

alcanzado. Los ejemplos de estos nuevos exámenes incluyen la medición de los movimientos oculares inducidos por rotación en una amplia gama de frecuencias (Allum et al., 1989; Cyr et al., 1989) o por sacudir la cabeza rápido y de modo activo (Takahashi et al., 1990), la evaluación de la forma en la que los pacientes utilizan la información visual, vestibular y somatosensorial para el control postural (Nashner et al., 1982), y la capacidad de las personas con deficiencias vestibulares para determinar la distancia en la que se los gira en la oscuridad.

La tercera conclusión que se deriva de la literatura sobre la cinetosis es que, al menos en personas sanas, el grado de malestar provocado por las condiciones de desorientación parece depender menos de sus reacciones inmediatas que de su capacidad para adaptarse a estas condiciones. Si este principio se aplica de igual manera a la desorientación en personas con vértigo, se deduce que mientras que la patología determina la frecuencia y la severidad de las crisis de vértigo, la capacidad para adaptarse o, en términos clínicos, para compensar es la que determina las diferencias individuales en la persistencia del malestar y la discapacidad. Esta conclusión adquiere una importancia particular a la luz de la evidencia que se detalla en los siguientes capítulos, la cual sugiere que a menudo la angustia emocional que sienten las personas con vértigo se encuentra relacionada de manera más estrecha con la discapacidad crónica que con la frecuencia y severidad de los episodios de desorientación aguda. Por ello, se cree que los procesos involucrados en la adaptación a la desorientación merecen una consideración más cuidadosa.

Adaptación y aprendizaje

Al parecer la adaptación inmediata después de un episodio vestibular agudo se desarrolla, en parte, por medio de algunos procesos neurológicos semiautomáticos. Por ejemplo, con el fin de reducir el desequilibrio vestibular, el sistema nervioso central puede suprimir de modo parcial y durante varias semanas las señales vestibulares del órgano vestibular sano. La compensación a largo plazo de la disfunción vestibular involucra un proceso al que a veces se le denomina «recalibración central», mediante el cual el sistema del equilibrio se ajusta al nuevo patrón de información sensorial que ahora acompaña cada movimiento de la cabeza (ver capítulo 1). A tra-

vés de la recalibración central, el sistema de orientación logra de manera gradual un nuevo equilibrio que se manifiesta a nivel neurológico como la recuperación de la actividad relacionada a la función vestibular en el tronco encefálico (es decir, en los núcleos vestibulares del sistema vestibular que se halla deteriorado), a pesar de que existan daños permanentes en el órgano vestibular periférico. La experiencia repetitiva de movimiento es la causa de la complementación o del reemplazo progresivo de la pérdida de información vestibular por la información de los sensores vestibulares sanos, y de los sistemas visuales y somatosensoriales. En consecuencia, el elemento de «recalibración» durante la habituación depende de cada movimiento y situación. Solo aquellas combinaciones de información sensorial que se experimentan en varias ocasiones dejan de provocar desorientación y mareos. La conclusión es que cualquier movimiento o ambiente inusual seguirá causando dificultades: aunque las actividades cotidianas puedan no producir vértigo, voltear la cabeza más rápido de lo habitual o viajar en un barco podrían originar inesperadamente nuevos mareos y náuseas.

Sin embargo, además de esta forma localizada y principal de habituación, la investigación sobre la cinetosis sugiere que existe la posibilidad de adquirir un grado de resistencia general a la desorientación. Es probable que existan varias maneras de generalizar la habituación. Un ejemplo de esto es la transferencia bastante sustancial de la adaptación de un cierto movimiento a un conjunto de movimientos similares. Por ejemplo, la habituación a la rotación en una dirección se transfiere hasta cierto punto a la rotación en la dirección opuesta, y la adaptación de los movimientos precisos de izquierda a derecha o hacia delante y atrás que se realizan al dar la vuelta se generaliza a los movimientos multidireccionales de la cabeza (Reason y Brand, 1975). Los programas de tratamiento diseñados para proporcionar adaptación protectora a pilotos que sufren de cinetosis crónica aprovechan esta transferencia (por ejemplo, Stott, 1990). Para aumentar la tolerancia a actividades y condiciones perceptivas mucho más diversas y complejas que provocan mareos durante el vuelo, estos programas a menudo exponen a los pilotos a un conjunto muy restringido de actividades y condiciones perceptivas, tales como realizar movimientos estereotipados de la cabeza en una silla giratoria.

Con frecuencia, se observa una resistencia general a la desorientación en personas cuyas ocupaciones implican una exposición reiterada a movimientos inusuales, como marineros, pilotos y deportistas (Dowd y Cramer, 1971;

Hood, 1984). Los bailarines y patinadores constituyen un ejemplo ilustrativo en particular de la resistencia generalizada a la orientación. A diferencia de la mayoría de personas, estos se ven menos influenciados por la confusa información visual que proporcionan prismas distorsionados sobre la ubicación de las partes de sus cuerpos, y son capaces de mantener de modo relativo un sentido preciso de su posición (Kahane y Auerbach, 1973). También poseen la capacidad de suprimir la mayor parte de los movimientos oculares compensatorios, el desequilibrio y las sensaciones de rotación (y náuseas) que por lo común inducen las pruebas rotatorias y calóricas, aunque dichas pruebas difieren de manera considerable en cuanto a los comandos motores y la información sensorial que se generan al realizar continuas piruetas alrededor del eje vertical de la tierra (McCabe, 1960). Esta resistencia a los efectos del movimiento es adquirida. McCabe logró ilustrar el desarrollo de la supresión de las respuestas rotatorias y calóricas en patinadores mientras aprendían a hacer giros.

Un examen detallado de las reacciones de los bailarines a la rotación pasiva sugiere que varios tipos diferentes de estrategia perceptiva o aprendizaje sensoriomotor pueden mediar la resistencia a sus efectos. Por ejemplo, todos los bailarines aprenden la técnica llamada «spotting», que consiste en dividir la rotación constante en ráfagas cortas de movimiento manteniendo la cabeza inmóvil durante la mayor parte del giro para luego rotarla. Esta técnica también requiere aprender a prestarle atención a la información visual útil a través de la «fijación», que consiste en mirar detenidamente un objeto fijo con el fin de evitar los movimientos oculares reflexivos y proporcionar un punto de referencia estable para la orientación. La fijación es una estrategia que varias personas han reportado emplear de forma espontánea para lidiar con las crisis de vértigo (Austin, 1992). No obstante, los bailarines tienden a ser más resistentes de lo normal a los efectos de la rotación aun cuando tales técnicas están prohibidas; sin embargo, cada uno de ellos parece desarrollar diferentes tipos de resistencia. Por ejemplo, algunas personas pueden eliminar los movimientos oculares compensatorios casi por completo incluso estando a oscuras, cuando la fijación óptica no es posible; mientras que otras presentan un patrón normal y vigoroso de movimientos oculares en respuesta a la rotación (Osterhammel et al., 1968). Sin embargo, tanto poder equilibrarse bien después de un giro como no sentir ningún mareo conforman las dos principales respuestas adaptativas a la rotación que todos comparten.

En cierta medida, ya se aprovecha el fenómeno de la generalización parcial de la adaptación en beneficio de los pacientes con vértigo bajo la forma de una rehabilitación basada en el ejercicio, lo cual alienta a los pacientes a participar de un subconjunto de todos los posibles movimientos de los ojos, la cabeza y el cuerpo para desarrollar otra vez la coordinación sensoriomotriz. Por ende, la justificación de este tipo de rehabilitación es similar a aquella que inspiró los programas de prevención de la cinetosis para pilotos, que se basan en una gama limitada de actividades y movimientos. Algunos programas de rehabilitación más sofisticados están empezando también a abordar los problemas específicos de cada situación que determinadas estrategias perceptivas y motrices podrían causar (para un debate más extenso, ver capítulo 6). En vista de la disociación parcial entre las respuestas que se observaron en la cinetosis en el laboratorio y en el campo, parece razonable suponer que la rehabilitación debería incluir también la práctica de la orientación en aquellas situaciones que provocan desorientación en la vida cotidiana, de la misma manera que, en el tratamiento de una tripulación aérea con mareos crónicos, la adaptación a movimientos que provocaban mareos en el laboratorio se suplementa generalmente con una exposición gradual a los vuelos reales (Stott y Bagshaw, 1984). Por otro lado, la resistencia a la desorientación que se aprecia en personas como bailarines y gimnastas sugiere que, por medio de la realización regular de tareas en las que es difícil mantener el equilibrio, es posible desarrollar un invalorable nivel de «aptitud» o habilidad perceptivo-motriz, de la misma forma en la que el ejercicio aeróbico puede ayudar a mantener un funcionamiento cardiovascular óptimo.

Ya que podría parecer que poder orientarse y mantener el equilibrio coordinadamente se pueden considerar una habilidad perceptivo-motriz adquirida, es interesante examinar las similitudes y diferencias en la forma en la que los niños desarrollan primero la coordinación especializada, y la manera en la que el adulto tiene la necesidad de volver a aprender estas habilidades y capacidades tras haber sufrido una disfunción vestibular. Es probable que las actividades ineludibles de la vida diaria en el pasado, cuando los seres humanos se veían obligados a cazar para obtener carne, correr por su seguridad, y agacharse o trepar para conseguir raíces, fruta, agua y refugio, fueran suficientes para garantizar una rápida y completa compensación después de un trastorno del sistema del equilibrio. Sin embargo, en la sociedad

moderna, las condiciones para el aprendizaje perceptivomotor pueden ser menos favorables para los adultos que para los niños. Estos últimos muestran una atracción hacia las actividades desorientadoras que contrasta con la aversión marcada a las actividades que provocan mareos que muestra la mayoría de los adultos vertiginosos. Los niños parecen tener una inclinación natural a explorar; es decir, a poner a prueba los límites de su ambiente y su conocimiento. En términos de aprendizaje sobre la orientación, la simple observación puede proporcionar evidencia de este hecho. Los niños pequeños se divierten cuando se les da vueltas, se les lanza al aire o se les coloca de cabeza; los niños mayores se salen de su rutina de equilibrio al trepar altos muros, pararse de manos, darse volteretas y subirse en toboganes aterradores. Las estructuras sociales apoyan con fuerza estas actividades: cada parque incorpora columpios y carruseles, y la gimnasia es parte del currículo educativo oficial. El ejemplo que dan tantos padres y como compañeros fomenta la persistencia a pesar de sentir temores iniciales o, de hecho, a pesar del miedo a la cinetosis; lo cual se considera como una fase natural que hay que superar, en vez de un obstáculo insuperable. En consecuencia, el niño pasa la etapa inicial de desorientación y adquiere tanto los esquemas de percepción necesarios para utilizar de forma apropiada la información que concierne a cada ambiente especial, como los esquemas de acción que respaldan la actividad especializada y coordinada en ellos.

Los adultos son mucho menos propensos a buscar este tipo de experiencia de aprendizaje, y tienen un acceso limitado a las situaciones y roles sociales que permiten explorar los límites de la orientación. A cualquier adulto al que se le observe balanceándose alrededor de un poste de luz o caminando a lo largo de una pared estrecha de manera descuidada se le consideraría infantil o fingido, o una persona con un trastorno mental, en el peor de los casos. El modelo a seguir más plausible para un individuo vertiginoso es el de un inválido parcial, a quien podía considerársele imprudente de continuar realizando actividades que al parecer exacerban un problema médico. Por otra parte, las situaciones de aprendizaje seguras y estructuradas del niño no conforman una parte natural del entorno del adulto, que puede verse obligado a luchar para dominar la desorientación mientras maneja, negocia un acuerdo, o se sube a andamios sin un arnés de seguridad. Por lo tanto, la desorientación en un entorno determinado durante una actividad en particular para un adulto no se percibe como una fase de aprendizaje, sino como un signo forzado y vergonzoso de la discapacidad. Estos factores ayu-

dan a explicar por qué un adulto puede llegar a considerar las actividades o ambientes que provocan desorientación como una fuente de incomodidad física y social, en lugar de una oportunidad agradable para investigar las posibilidades para la coordinación y el equilibrio. En una comunicación personal (Corcoran, 1985), un colega confirmó que esta percepción por completo negativa de la desorientación puede ser, en parte, un fenómeno cultural. Mientras trabajaba en una aldea remota de Botswana, donde los vehículos a motor eran una rareza, observó que a los adultos locales les producía placer subirse en la parte trasera de su camioneta, pese a que (al no haber desarrollado una adaptación) ¡a menudo se sentían muy mareados!

Vértigo y medio ambiente

Dado que la orientación y el equilibrio pueden verse afectados tanto por factores del medio ambiente como por las actividades físicas realizadas en estos entornos, las personas que padecen de vértigo o que tienen una función vestibular disminuida se vuelven repentinamente conscientes de las propiedades del entorno natural, que aquellos individuos sin problemas de orientación o coordinación difícilmente notan. Ciertos entornos plantean exigencias especiales que las personas con ausencia o distorsión de la función vestibular pueden encontrar difícil de cumplir. Por ejemplo, caminar cuesta arriba o cuesta abajo altera la normalidad de la información somatosensorial que sirve para el control postural (basado en el ángulo del tobillo), lo que exige una mayor dependencia de la información visual y vestibular. De manera similar, caminar a través de terrenos irregulares requiere ajustes continuos y rápidos, debido a que el equilibrio se perturba al tropezar con pequeños agujeros o montículos; además, se cree que estos ajustes rápidos son modulados, en parte, por los reflejos vestibulares (Allum y Pfaltz, 1985; Allum et al., 1988). Una luz tenue, la oscuridad o la ausencia de una estructura visual lo suficientemente cercana para ayudar en el control postural (lo que caracteriza a los espacios abiertos y a la altura) aumenta la dependencia de los sistemas somatosensorial y vestibular (Bles et al., 1980; Brandt et al., 1980). Las dificultades causadas por este tipo de condiciones ambientales pueden llegar a ser abrumadoras si se recarga el trabajo de más de un sistema sensorial al mismo tiempo, por ejemplo, caminar sobre superficies flexibles (una gruesa pila de alfombras o hierba mullida) con poca luz. Además, una función

vestibular disminuida puede incentivar una dependencia hacia una estrategia postural basada en el balanceo de las caderas en lugar de los tobillos, lo que minimiza la necesidad de detectar y controlar el movimiento de la cabeza. Esta estrategia puede ser ventajosa en el sentido de proporcionar una mirada y una referencia visual fijas para la orientación (ya que se necesita información vestibular para mantener una posición estable de la cabeza y los ojos durante las alteraciones de la posición de la cabeza). Sin embargo, por razones mecánicas se hace difícil mantener el equilibrio en superficies de apoyo que son estrechas, resbaladizas o están en movimiento (Dichgans y Diener, 1989; Nashner et al., 1988).

Los entornos artificiales pueden plantear problemas aún mayores, en la medida en que estos problemas se extienden a la gama de situaciones perceptivas inusuales que se pueden encontrar allí. Muchas de estas situaciones perceptivas inusuales pueden causar desequilibrio o cinetosis, incluso en personas saludables que no están acostumbradas a este tipo de situaciones. Por ejemplo, la mayoría de las formas de transporte pasivo ocasiona combinaciones peculiares de la información visual, vestibular y somatosensorial que nunca se producirían a causa de un movimiento humano normal. Sin embargo, la escasa coordinación, asociada a trastornos del sistema del equilibrio, puede aumentar en gran medida la sensibilidad a las alteraciones respecto al estándar habitual o incrementar muchísimo la información disponible para la orientación, lo que hace que el individuo sea más susceptible a la cinetosis y a una mayor variedad de circunstancias perceptivas confusas.

Uno de los efectos más comunes de este aumento de la sensibilidad a la desorientación inducida por factores ambientales es un fenómeno que puede ser denominado «vértigo visual». Los entornos que a menudo provocan sensaciones de desorientación incluyen: atravesar espacios abiertos y en altura, observar presentaciones visuales con desplazamiento (por ejemplo, mirar textos en el proyector de microfichas o mirar una lista en la computadora), caminar entre los largos estantes delos pasillos de un supermercado, mirar luces parpadeantes o superficies con rayas, estar de pie sobre un puente teniendo abajo el agua en movimiento o el tráfico, o viajar a través de un túnel sinuoso, solo por mencionar unos pocos casos. Estas situaciones se caracterizan principalmente por tener algo de información visual confusa y ambigua en lo que concierne al propio movimiento, y por una evidente discrepancia entre la información visual y la de otras fuentes necesarias para

la orientación. De todo esto se entiende el uso del nombre descriptivo «vértigo visual». Por ejemplo, las señales vestibulares que indican el movimiento de la cabeza, por lo general, se acompañan de un movimiento del campo visual a lo largo de la línea de visión (ver capítulo 1). Sin embargo, cuando se observa una pantalla que se desplaza o cuando se mira abajo el agua que fluye, el movimiento del campo visual no se acompaña de ninguna señal vestibular. Por el contrario, cuando se viaja en un ascensor no hay información visual para indicar el movimiento (ya que no se puede ver el movimiento del ascensor), pero el sistema vestibular registra la repentina desaceleración que se produce cuando el ascensor se detiene. Las personas que padecen vértigo visual se encuentran, a menudo, especialmente desorientadas en circunstancias que evocan señales vestibulares inusuales o intensas en combinación con un estándar inusual de información visual, por ejemplo, cuando se ven pasar rápidamente colinas, salientes y curvas en un auto. Este estándar de provocación situacional se asemeja mucho al de la cinetosis, incluso los factores perceptivos que determinan qué tan desorientadora puede llegar a ser una situación en particular, son probablemente muy similares; sin embargo, se necesita un menor grado de complejidad perceptiva para provocar vértigo visual que para desencadenar la cinetosis en las personas saludables. El vértigo visual se puede presentar como una dolencia aislada; sin embargo, muchas personas (aunque no todas) a quienes se les diagnosticó trastornos vestibulares también informaron padecer de extrema sensibilidad a las situaciones perceptivas ambiguas.

El vértigo que se produce en entornos visualmente complejos o inusuales es un fenómeno que los pacientes, médicos e investigadores comprenden muy poco. Por tanto, puede ser también que los casos informados sean inferiores a los que realmente existen. Es muy probable que los médicos clínicos obtengan descripciones de estos síntomas porque no ofrecen conclusiones que sirvan para un diagnóstico claro, mientras que los pacientes, a menudo, no son completamente conscientes de que su desorientación es provocada por situaciones específicas, o son muy prudentes para especular sobre la etiología de sus mareos durante una revisión médica. Mi opinión personal, luego de desarrollar un interés en el «vértigo visual» y discutir acerca de esto con un gran número de personas, es que este tipo de vértigo quizás sea más común de lo que generalmente se cree, tanto dentro de la población de pacientes que padecen de vértigo como dentro del grupo de personas a quienes nunca se les ha diagnosticado deficiencia específica en el sistema

del equilibrio. Sin embargo, debido a la naturaleza, al parecer misteriosa, de esta forma de desorientación, la aparición inicial del vértigo se experimenta generalmente de modo repentino, extraño, inexplicable y, algunas veces, de manera aterradora:

> Un día fui al vivero y encontré una gran pila de macetas de plástico, alguien había golpeado ligeramente y comenzaron a balancearse de este modo [gestos de lado a lado]. De pronto, me estaba balanceando ¡prácticamente al ritmo de esas macetas!
>
> Tenía que bajar una escalera eléctrica muy, pero muy larga, (de repente) me sentí terrible. Sentí que iba a caer por las escaleras y no podía hacer nada al respecto. Me sostuve fuertemente de las barandas de la escalera como si mi vida dependiera de eso. Cuando llegué abajo, continué mi camino y traté de olvidar todo lo que había sucedido. Pero lo que esta experiencia me dejó fue un miedo terrible de tener que enfrentar nuevamente una de esas largas escaleras eléctricas. El problema es que yo tengo un hijo que vive en Londres con un bebé y se han presentado ocasiones en que pude haber ido a visitarlo y no lo hice. No le he contado a nadie sobre esto, pero me siento tan aterrada por esas escaleras eléctricas que incluso este miedo me ha hecho posponer mis visitas a Londres.

La mujer que dio este testimonio no había ido a visitar a su hijo en diez años debido a este incidente y no le había explicado ni a su hijo ni a su esposo el motivo de esta situación. Sin embargo, en todo lo demás su actitud hacia el problema era muy positiva y práctica. Practicó, por su propia voluntad, desplazarse utilizando las pequeñas escaleras eléctricas de las tiendas, y aprendió por sí misma a disminuir su desorientación al mantenerse en posición fija en un lado de la escalera eléctrica. Asimismo, había descubierto que los síntomas también pueden ser causados por el tráfico al momento que se va a cruzar la calle, por las alturas, y al estar rodeada por edificios altos. Además, había experimentado algunas crisis de vértigo espontáneas y menores (y una aparición gradual de pérdida de la audición y tinnitus). Su método para lidiar con los mareos consistía en sentarse o sostenerse de algo para apoyarse, respirar profundamente y esperar que la situación se calme. Ella no sabía con exactitud las causas que producían sus síntomas, pues era imposible predecir cuándo aparecerían, y nunca había buscado ayuda médica, «básicamente era una creyente que trataba de vivir con lo que le había tocado. Si puedo pelear por mí misma, lo hago».

El testimonio de esta mujer no nos hace pensar en una persona neurótica o débil, a pesar de que el miedo que acompaña al vértigo visual a menudo se atribuye a características de la personalidad. Brandt (1990) ha descrito un trastorno común que clasifica como «vértigo postural fóbico», que vincula al vértigo provocado por el entorno con combinaciones de información multisensorial para la orientación, relativamente complejas o inusuales (por ejemplo, conducir, caminar sobre puentes o a través de grandes tiendas, o bajar las escaleras) con síntomas de pánico, ansiedad e hiperventilación. Brandt sugiere que este trastorno es causado por un error de percepción transitorio respecto a la información de orientación que se produce por la introspección ansiosa en personas con una personalidad obsesiva o histérica. Sin embargo, Brandt presenta solo indicios especulativos y anecdóticos para apoyar su hipótesis. Por el contrario, varios psiquiatras han propuesto que es más probable que el miedo y la desorientación, producidos específicamente por entornos que desorientan, tengan una base neurofisiológica orgánica (Blythe y McGlown , 1982; Jacob et al., 1989; Marks, 1981). Con el fin de distinguir las ansiedades y fobias generales del malestar experimentado solo en situaciones que se caracterizan por condiciones perceptivas inusuales o ambiguas, Jacob et al. (1989) utilizaron un cuestionario para medir lo que ellos llaman «fobia del espacio y del movimiento». En el cuestionario se preguntó a aquellos con dificultades de equilibrio sobre sus reacciones frente a actividades o situaciones potencialmente desorientadoras. Además, cada una de estas preguntas tenía un ítem de «validez» que consistía en la correspondiente situación con menos probabilidades de producir desorientación. Por ejemplo, se compararon los efectos de un ascensor en movimiento con los de un ascensor detenido (un ambiente menos desorientador, aunque igualmente claustrofóbico). Jacob y sus colegas examinaron pacientes, a quienes se les había diagnosticado trastorno de pánico y síntomas de desequilibrio o mareos durante o entre sus crisis. Ellos encontraron que los ítems con mayores probabilidades de perturbar a las personas con deficiencias en el sistema de orientación eran elegidos con mayor frecuencia por los pacientes con trastorno de pánico en comparación con los ítems de validez. También encontraron que la incidencia de alguna anormalidad (generalmente menor) en las pruebas vestibulares realizadas entre pacientes con trastorno de pánico era el doble que la encontrada en un grupo de control compuesto por personas sanas. (Jacob, 1988). Levinson (1989) también reporta una alta incidencia de resultados anormales en las evaluaciones

neurootológicas llevadas a cabo en pacientes derivados a un departamento psiquiátrico a causa de miedos o «fobias» relacionados a las alturas, espacios abiertos, oscuridad, multitudes y diversas formas de viaje o movimiento.

Se ha producido un debate parecido en relación con la desorientación experimentada principalmente cuando se conduce. Page y Gresty (1985) utilizaron el nombre de «síndrome de desorientación vestibular del automovilista» para describir una gran constelación específica de síntomas asociados con el hecho de conducir en determinados entornos. Por ejemplo, se produce una percepción ilusoria del movimiento del vehículo, principalmente, cuando se desciende o se voltea, sobre todo, si la disponibilidad de información visual fuera del vehículo es limitada, lo que ocurre en campo plano y abierto, o cuando se va por la cima de una colina. Estos autores encontraron anormalidades menores en las evaluaciones neurootológicas realizadas a pacientes con este tipo de desorientación, y sugirieron que esto podría deberse al fracaso de un intento de compensación total realizado frente a una disfunción sensorial. Por el contrario, Baloh y Honrubia (1990) atribuyeron los mismos síntomas al «mareo psicofisiológico» asociado a enfermedades psiquiátricas, debido a la ambigüedad de los hallazgos neurootológicos y al hecho de que muchos de estos pacientes desarrollaron un profundo miedo a conducir. Sin embargo, puede ser muy racional la desconfianza, caracterizada como fobia, que se siente hacia tareas y entornos que conllevan dificultades en la orientación, como se hace evidente en el siguiente testimonio de una persona a la que su médico le había diagnosticado, en un inicio, agorafobia, pero que después se descubrió que padecía de la enfermedad de Ménière:

> No había manera en que pudiera mantener el equilibrio o sentirme confiado simplemente al caminar a lo largo de la vereda. Ya te imaginas, esto era para mí una tontería que me molestaba terriblemente. Solía tambalearme por todos lados. Mi equilibrio era terrible y, por eso, era de las personas que caminaba a lo largo de la cerca o algo parecido, sosteniéndome todo el tiempo de ella. Puedo recordar que una vez salí y fijé mis ojos en el poste de luz y luego fui de poste en poste. Me tropecé y, como mi equilibrio no era bueno, me caí. Me caí de cabeza y se rompieron mis lentes, me lastimé el brazo y me tuvieron que poner once puntos sobre el ojo, y muchas cosas más de ese tipo.

Una posible explicación para el fenómeno del vértigo visual es que los individuos con la función vestibular distorsionada o disminuida pueden volverse

dependientes del sistema visual para la estabilización postural (Black y Nashner, 1984b; Keshner y Allum, 1986). Esto los hace vulnerables en situaciones que se caracterizan por una información visual o somatosensorial escasa o ambigua, o en situaciones donde se requiere un rápido ajuste debido a un desequilibrio momentáneo. La estrategia perceptiva que prefiere confiar en la información visual para la orientación, antes que en la vestibular, es lógica durante y poco después de la disfunción vestibular, cuando las señales del sistema vestibular son, ciertamente, poco confiables. La estrategia solo deja de ser útil si se sigue usando, luego de que los cambios en la función vestibular han terminado, o en situaciones donde la información visual no está disponible o es de poca ayuda. La evidencia que respalda esta explicación ha sido proporcionada por un estudio longitudinal de pacientes que se sometieron a una cirugía para destruir la función vestibular unilateral. Inmediatamente después de la operación, la mitad de estas personas desarrollaron una sensibilidad anormal a la información visual, que desapareció en todos los casos en un periodo de 100 días, como compensación al desequilibrio vestibular causado por la operación realizada (Black et al., 1989)

Generalmente, las descripciones del vértigo visual destacan la naturaleza, al parecer, vaga, inexplicable e impredecible de este fenómeno, lo cual parece ser una de las causas principales de su asociación con la ansiedad, tanto en opinión de médicos clínicos como de pacientes:

> Cuando fui a la estación realmente me molestó caminar a través de ella: la altura, la gente en movimiento y algo más, quizás la luz. La luz me afecta, así sucede cuando camino rápidamente de una luz hacia la otra. Parece que me afecta y no sé si esto es o no solamente producto de mi mente. Me afecta pasar por un túnel en la autopista M25, pero me preparo. Yo sé lo que me espera en el otro extremo del túnel y ya no me molesta, pero lo hacía al principio porque conducía mi auto sin ser consciente de este problema.

En consecuencia, comprender las causas perceptivas del vértigo visual podría ayudar a los pacientes a predecir y a afrontar este tipo de desorientación, lo que la haría menos extraña y caprichosa. Muchas personas, con el tiempo, llegan a desarrollar una conciencia parcial acerca de los factores desencadenantes de su vértigo, como se muestra en la siguiente explicación acerca de las sensaciones experimentadas cuando uno se sube a un telesilla:

> Aunque parezca muy extraño, estoy bien al subir, puedo hacer cosas mientras estoy subiendo. Puedo subir por una escalera eléctrica y quizás subir una pendiente. El problema es solo la bajada. Sin embargo, aún tengo hallar el truco para ser capaz de bajar por una escalera eléctrica. Por ese motivo, he tenido que elegir una ruta en la que puedo llegar a casa sin tener que bajar por una escalera eléctrica. Esto es un inconveniente, un gran inconveniente. Por eso, ahora utilizamos [el telesilla], subimos y este aparato se detiene a mitad del camino, lo que significa estar a cientos de metros de altura, y [su acompañante] dice «Mira esto, no es acaso hermoso» y, en ese momento, no puedo mirar. Él me lo describe; está bien así. Cuando llegamos a la cima y me preguntó sobre cómo me sentí dije que «No estuvo mal… ¿Sabes qué? Utilizaré el telesilla para descender». Bueno, nosotros subimos al telesilla y todo estaba bien hasta que se empezó a balancear y eran movimientos de balanceo reales. Me puse nerviosa, obviamente, tenía las manos empapadas de sudor, y aun así soporté todo esto, pero estuve contenta cuando me bajé.

Esta mujer nota con precisión que la combinación de un viaje cuesta abajo, con el estímulo vestibular del balanceo y quizás su ansiedad fue lo que provocó sus síntomas. Sin embargo (claramente) no pudo identificar la razón perceptiva precisa que explicaba por qué descender debía de ser más desorientador que ascender. De hecho, se han ofrecido explicaciones perceptivas para la mayoría de los fenómenos descritos por personas que padecen de vértigo visual. Dado que una de las posibles causas de la desorientación es la ausencia de estructuras visuales estables lo suficientemente cercanas para poder monitorear la orientación y controlar el equilibrio, descender se vuelve más problemático. Cuando se sube una pendiente, las estructuras visuales estables del suelo que se encuentran frente a uno cubren de inmediato el campo visual, pero cuando se desciende uno puede ver más lejos en la distancia. Por tanto, mirar a los lados de una escalera eléctrica, cuando se desciende, no es útil para controlar el equilibrio, ya que estos lados se están moviendo con respecto al peldaño donde uno mantiene el equilibrio (aunque fijar la mirada en el pasamano, que se mueve junto al peldaño, podría posiblemente traer buenos resultados). Sin embargo, la práctica de mirar a los lados, mientras se mantiene el equilibrio sobre el peldaño, puede resultar una excelente manera de aprender a reducir la dependencia de la información visual para la orientación (ver capítulo 6).

Al igual que el caso del vértigo provocado por el movimiento, las estrategias a corto plazo que se usan para evitar la desorientación pueden, en

realidad, retardar la compensación a largo plazo. Además de tratar de evitar los entornos que producen desorientación, una de las estrategias más comunes que se ha adoptado es la de fijar la mirada en objetos que no se mueven:

> Cuando estoy en casa, trato de mantener mi mirada fija en algo fijo. No te pones a observar mariposas o cosas por el estilo porque si las ves revolotear a tu alrededor, te sentirás completamente mareado. Más bien, tienes que tratar de mantener tu mirada fija en algo que permanezca inmóvil en todo momento.

De hecho, Hood (1970) se dio cuenta de que, a menudo, las personas que desde hace mucho tiempo padecen de vértigo y ansiedad se vuelven expertas en fijar la mirada para suprimir los movimientos oculares que la estimulación vestibular provoca. Sin embargo, esta práctica de fijar la mirada depende mucho de la existencia de un entorno visual estable, de modo que, en situaciones donde esta práctica de fijación se hace imposible o inapropiada, los individuos se vuelven vulnerables al vértigo visual.

Debido a que el vértigo visual y el desequilibrio surgen, en parte, como resultado de la interacción entre las características del entorno y las estrategias y dificultades perceptivo-motrices particulares del individuo, los entornos pueden diferenciarse en gran medida en función de los peligros que presentan y las desventajas que imponen. Muchas personas que padecen de vértigo se preocupan, principalmente, por los efectos que esta sensación puede producir en su habilidad para lidiar con un conjunto de circunstancias específicas que, aunque distintas y relativamente poco comunes, son fundamentales para su modo de vida. Generalmente, estas circunstancias son de tipo laboral. Por ejemplo, un marinero debe tener buen equilibrio, un albañil no le debe tener miedo a las alturas, un profesor de educación física debe ser capaz de moverse sin ningún inconveniente, aquellos que ofrecen servicios móviles deben ser capaces de conducir, los trabajadores de una fábrica deben estar preparados para lidiar con maquinaria potencialmente peligrosa, y los operadores de computadoras deben tolerar el movimiento de un campo visual que parpadea o se desplaza. Algunas veces, la ubicación de la casa puede ser una fuente de problemas. Por ejemplo, vivir en un edificio de departamentos implica tener serias dificultades con los ascensores y escaleras, mientras que vivir en una remota área rural puede convertir el conducir en una verdadera necesidad. Por tanto, la discapacidad y las dificultades que experimentan los individuos que padecen de vértigo se determinan, de

modo significativo, por los entornos locales y laborales. Así, el gerente de un banco que vive en un pueblo tranquilo podría adaptarse con relativa facilidad a un grado de vértigo que alteraría completamente la vida de un vendedor itinerante asentado en Londres.

Los cambios en la relación con el entorno, en un nivel perceptivo-motor, implican cambios fenomenológicos fundamentales en el modo que se lo percibe. En su análisis autobiográfico acerca del impacto de la esclerosis múltiple, Toombs (1992) comenta que:

> El significado que proporciona la experiencia sensoriomotriz es una respuesta directa al mundo y es previa a cualquier acto de reflexión o conceptualización… Sin que se haga explícito, los lugares y percepciones se captan inmediatamente en relación a la ubicación de mi cuerpo. El espacio objetivo que subyace es una espacialidad primitiva del cuerpo. (pp. 54-55)

Toombs señala que la enfermedad puede transformar las relaciones espaciales: los lugares que anteriormente se percibían como «cercanos» se vuelven distantes al punto de ser inalcanzables, mientras que la discapacidad incluso puede minar la postura erguida que distingue a todos los adultos maduros que son capaces de «pararse sobre sus dos pies». La naturaleza inquietante de estas alteraciones, en la relación con el entorno, se expresa de manera clara y detallada en los siguientes testimonios acerca de los efectos del vértigo:

> Teníamos una habitación con baño, yo estaba tumbado en la cama y sentía que tenía náuseas y me dirigí al baño. Y me refiero a que tenía que ir gateando para poder llegar simplemente a la puerta, porque ni siquiera era capaz de caminar para ir a vomitar al baño. Para mí, ese es el lado terrible de todo esto.
>
> Sientes que el mundo ya no es estable y es... como me imagino, se siente cuando se está en medio de un fuerte terremoto.
>
> No estás seguro de dónde van tus pies y si atraviesas una pequeña parte de la vereda que está tan solo un poco inclinada o algo así, esto afecta mucho tú equilibrio, pero el problema es que no puedes detenerte. Entonces, descubrí que tenía un poco de inestabilidad al caminar y entonces me caí en unos arbustos y me di cuenta de que las cosas no iban bien. Estaba atrapado en un arbusto y no sabía qué hacer. Y me seguía cayendo porque las ramas de los arbustos eran tan frágiles que se esta-

> ban quebrando (inclusive todavía hoy se puede ver el hueco que dejé), así que tenía que llegar al piso y entonces intenté gatear, gateé hacia atrás y me paré otra vez.

Por consiguiente, así como el vértigo puede provocar al mismo tiempo discapacidad y cambios en la autoimagen física de los pacientes (lo que se detalla en la primera sección de este capítulo), la desorientación y el desequilibrio también pueden conducir a cambios profundos en la naturaleza, real y percibida, y en las posibilidades del entorno físico. Van den Berg (1987) ilustra este fenómeno en la vida cotidiana a través de un ejemplo de la fatiga. Para un individuo que está exhausto, el cansancio no solo hace que las distancias parezcan más lejanas y que cada paso parezca más empinado: Estas distancias y alturas son, de hecho, más difíciles de superar que cuando uno está bien descansado, al punto que las mismas pueden llegar a ser vistas como imposibles de superar. De modo similar, para un individuo que padece de vértigo, una invitación para aventurarse a una caminata a través del campo, en la noche, ya no solo significa un agradable paseo recreativo, sino que también implica amenazas ante el peligro de tropezarse y además hacer un esfuerzo frente a la dificultad de mantenerse en equilibrio sobre superficies irregulares que proporcionan una información visual deficiente. De igual manera, un paseo por la ciudad no solo ofrece el atractivo de ir de compras, sino que también implica los peligros del viaje, de la multitud, de las calles abarrotadas de gente, de las escaleras eléctricas y de las luces parpadeantes, todo lo cual puede provocar o intensificar la desorientación.

El objetivo de este capítulo era explicar de qué manera el vértigo afecta y es afectado por las capacidades y actividades físicas, y cómo estas interactúan con las características del entorno. Sin embargo, es claro que los parámetros físicos de la experiencia del vértigo están estrechamente conectados a los aspectos subjetivos y psicosociales de la experiencia. Así se tiene que, al parecer, la desorientación inexplicable provocada por entornos artificiales visualmente complejos promueve la ansiedad y la fobia, mientras que el contexto físico y social de la sociedad moderna ofrece oportunidades limitadas para el reaprendizaje perceptivo. Asimismo, la discapacidad puede dar la impresión de falta de espontaneidad y de envejecimiento prematuro, mientras que el miedo a las consecuencias del movimiento físico puede retardar la compensación. El siguiente capítulo, por tanto, examina de manera muy detallada el modo en que los procesos cognitivos y emocionales (pensamientos, percepciones y sentimientos) influencian y se ven influenciados por el problema de los mareos y el desequilibrio.

CAPÍTULO 4

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES



Durante muchos años se ha reconocido que existe un estrecho vínculo entre el vértigo y la ansiedad. De hecho, una de las primeras definiciones de la agorafobia atribuía, de modo explícito, la etiología del síndrome a la disfunción vestibular. A través de numerosos estudios transversales se ha documentado la existencia de una relación entre el vértigo recurrente y el trastorno emocional, ya sea que esto haya sido evaluado mediante cuestionarios, estudios de casos o por entrevistas diagnósticas (por ejemplo, Eagger et al., 1991; Hinchcliffe, 1967; Lilienfeld et al., 1989; McKenna et al., 1991). Las explicaciones que se dan para la relación existente entre el vértigo y la angustia han tendido a dividirse en dos principales y supuestos mecanismos: lo somato psíquico y lo psicosomático.

Ningún médico clínico negaría que el vértigo puede provocar problemas psicológicos (causa somatopsíquica). Pratt y McKenzie (1958) registraron doce casos de pacientes que desarrollaron diversas formas de trastorno psicológico, al parecer, como consecuencia directa de una disfunción vestibular; las crisis de pánico, el miedo a viajar y la depresión eran las secuelas más comunes. En diez de los doce pacientes el tratamiento y la explicación de su enfermedad trajeron como resultado la recuperación o una mejoría significativa. Tres de estos pacientes recibieron un largo tratamiento psiquiátrico antes de que se descubriera la base orgánica de sus ansiedades. Además, Pratt y Mckenzie notaron que si no existen pruebas objetivas de la disfunción vestibular al momento que el paciente es examinado, se presenta el riesgo de que el paciente con mareos sea considerado simplemente ansioso o neurótico. De hecho, Marks (1981) acuñó el término «fobia a los espacios» para describir la condición de un subgrupo de pacientes que fueron derivados para recibir un tratamiento a causa de su agorafobia y que,

en la investigación, presentaron trastornos del sistema del equilibrio que, en un primer momento, se desestimaron por considerarlos insuficientes para explicar sus problemas de ansiedad. Marks sugirió que, en estos pacientes, la causa principal de su miedo a los espacios abiertos y a caer podría ser la inestabilidad orgánica. Existen similitudes obvias entre esta «fobia a los espacios» y el desarrollo de lo que Levy y O'Leary (1947) han denominado «neurosis a la calle», un miedo a salir (especialmente solo) que puede desencadenar crisis de vértigo sucesivas y recurrentes, y que muchos de los entrevistados en mi estudio inmediatamente admitieron padecer:

> Perdí la confianza para salir. Era la idea de que viniera uno de esos ataques apenas saliera a la calle. Evitas hacer una serie de cosas por temor a que algo malo suceda. Y cuando quieres salir, normalmente esperas hasta que consigas a alguien que pueda acompañarte.
>
> Llegué al punto en el que tenía miedo de hacer cualquier cosa. Tenía miedo de salir porque no sabía qué iba a suceder, tenía miedo de pararme y de hacer lo que sea.

Aunque los efectos somatopsíquicos del vértigo son bastante reconocidos en los trabajos de investigación, se ha dado más atención y esfuerzos a explorar la perspectiva psicosomática, en particular, la idea de que los rasgos de la personalidad o el estrés pueden predisponer al individuo a padecer de vértigo o a quejarse de vértigo. La hipótesis de que algunos tipos de personalidad son especialmente vulnerables al vértigo se ha investigado con mayor amplitud en el contexto de la enfermedad de Ménière. Las pruebas que sustentan una supuesta contribución psicosomática al trastorno consisten principalmente en estudios que muestran que los grupos de pacientes con la enfermedad de Ménière obtienen, en promedio, puntajes más altos en las escalas que evalúan rasgos de la personalidad tales como el neuroticismo, la ansiedad y la hipocondriasis, en comparación con los puntajes obtenidos por los grupos de control, compuestos por personas sanas o por pacientes con otras dolencias, que se considera que tienen un grado de severidad equivalente (para un mayor análisis, ver Jakes, 1987). Sin embargo, Crary y Wexler (1977) señalan, en una excelente crítica de los anteriores trabajos de investigación, que la mayoría de los estudios fallaron en lo que se refiere a utilizar un grupo de control adecuado, y que aquellos que sí hicieron un control apropiado de los síntomas del vértigo no hallaron diferencias importantes entre los grupos.

En un estudio, excepcionalmente amplio y profundo sobre la relación entre el vértigo y la ansiedad, Crary y Wexler evaluaron los rasgos de la personalidad y los síntomas del vértigo en pacientes que tenían la enfermedad de Ménière, en un grupo de control no vertiginoso (personas que no padecían de vértigo) compuesto por pacientes con pérdida de la audición, y en un grupo de control vertiginoso (personas que padecían de vértigo) compuesto por individuos cuyo vértigo no se sospechaba fuera por causas psicosomáticas, es decir, sufrían de vértigo relacionado a trastornos del oído medio, a traumatismo cervical, a un neuroma acústico o a causas de tipo postural. Se aplicó una gran cantidad de escalas de medición que incluían el Inventario Multifario de Personalidad de Minnesota (MMPI) y diversas mediciones de la ansiedad, estrés y autoestima. Al comparar el grupo de control no vertiginoso con los otros dos grupos vertiginosos, se concluyó que ambos habían obtenido puntajes por encima del promedio en algunas escalas de medición, especialmente, en las escalas de depresión, hipocondriasis e histeria del MMPI. Sin embargo, no se encontraron diferencias sistemáticas y significativas entre los puntajes del grupo que tenía la enfermedad de Ménière y entre los puntajes de aquellos pacientes con vértigo causado por otro tipo de patologías. Crary y Wexler concluyeron que la angustia psicológica, observada en los pacientes que tenían la enfermedad de Ménière, acompañaba también a una gran variedad de tipos de vértigo y, por tanto, lo más probable era que su origen fuera somatopsíquico.

Un problema fundamental, que complica los intentos para resolver el debate respecto al supuesto rol de los factores psicosomáticos en la enfermedad de Ménière, se ha centrado en la dificultad de seleccionar un grupo de control adecuado para ser comparado con los pacientes que tienen la enfermedad de Ménière. Con el fin de aceptar la posibilidad de que los efectos somatopsíquicos del vértigo pueden influenciar en los puntajes obtenidos en las escalas que miden el estado psicológico, el perfil psicológico de las personas que tienen enfermedad de Ménière ha sido comparado con el de personas con otros trastornos, o con diferentes tipos de vértigo. Por ejemplo, Stephens (1975) halló que los pacientes que tienen la enfermedad de Ménière han obtenido, de forma significativa, puntajes más altos en las escalas de «obsesión» y «depresión» del Cuestionario del Hospital Crown and Crisp de Middlesex, en comparación a lo que obtuvieron los pacientes con «vértigo periférico idiopático». Lamentablemente, no se describió la naturaleza específica del vértigo experimentado por este último grupo. Por el contrario, cuando Brightwell y Abramson (1975) compararon a un grupo

de pacientes que padecían la enfermedad de Ménière con un grupo de control vertiginoso, descubrieron que no existían diferencias entre los grupos con respecto a los puntajes obtenidos en el Inventario de Personalidad de Eysenck o en el Índice Médico Cornell. Este resultado se dio a pesar del hallazgo (al igual que el estudio de Crary y Wexler) de que el vértigo, en el grupo que tenía la enfermedad de Ménière, se presentaba de una manera más grave y problemática que en el grupo sin la enfermedad de Ménière, de acuerdo a un rango de medidas de autoevaluación (frecuencia de crisis, tiempo que pasó desde la última crisis, días perdidos de trabajo, etc.). Para descartar completamente los efectos de los procesos somatopsíquicos, se deben emparejar los grupos de control en todos los factores potencialmente relevantes, lo que incluye la gravedad y frecuencia del vértigo, síntomas asociados, como pérdida de la audición, y la duración total del historial de mareos. En la práctica, este grado de concordancia es casi imposible de alcanzar, ya que la enfermedad de Ménière es generalmente diagnosticada, en gran medida, sobre la base de la sintomatología. En consecuencia, la concordancia precisa a nivel de los síntomas tiende a predominar en un grupo de control en el cual incluso podría haber muchos individuos que se sospecha tienen el trastorno de Ménière (Hinchcliffe, 1983).

Varios estudios que comparan los grupos de personas con vértigo de etiología mixta con los grupos de control no vertiginosos también han fracasado en lo que se refiere a descubrir diferencias sustanciales en las escalas que evalúan la personalidad o el trastorno emocional general (Skovronsky et al., 1981). Se puede apreciar que, cuando se establecen relaciones confiables entre el vértigo y los puntajes poco comunes de las escalas, por lo general, estas relaciones se basan en una correlación entre el problema de mareos reportado y la ansiedad somática y fóbica (Hallam y Stephens et al., 1985; Rigatelli et al., 1984; Skovronsky et al., 1981). Sin embargo, la interpretación de estas correlaciones se complicada debido al riesgo de la «confusión de criterio» que se genera por los ítems que aparecen en las escalas utilizadas para evaluar la ansiedad somática y fóbica. Para medir la ansiedad somática se debe incluir casi siempre ítems que evalúan síntomas como los mareos y las náuseas, que incluso los pacientes con menos problemas de ansiedad y vértigo se ven obligados a aceptar, mientras que las escalas que evalúan la «fobia» no han sido diseñadas para tomar en cuenta la posibilidad de que el evaluado pueda tener motivos bastante racionales para evitar ciertas situaciones y actividades (ver el capítulo anterior). Por consiguiente, se puede encontrar una inesperada relación entre el vértigo, la ansiedad somática y la fobia cuando las personas

que padecen de vértigo, pero poca ansiedad, reportan, sin embargo y de manera cierta, que a menudo se sienten desorientados, y evitan las alturas y viajar en la medida de lo posible, además de experimentar episodios de sudoración fría. De modo similar, las personas que padecen de vértigo causado por trastorno vestibular también pueden reportar terribles e inesperadas crisis que incluyen síntomas como mareos o inestabilidad, náuseas, temblores y sudoración. Incluso «si no se puede establecer que un factor orgánico inició y mantuvo la alteración», se pueden encontrar estos mismos síntomas en los criterios psiquiátricos estrictos (DSM-III-R) que se usan para diagnosticar el trastorno de pánico. La condición que exige tener pruebas de una disfunción orgánica para excluir un diagnóstico de trastorno de pánico asigna, por tanto, un valor fundamental al diagnóstico diferencial para las pruebas del sistema del equilibrio; sin embargo, estas pruebas solo pueden proporcionar una evaluación inservible del aspecto físico acerca de la función del sistema del equilibrio (ver capítulos 1 y 2).

Las hipótesis y los argumentos que se han propuesto en los trabajos de investigación acerca de la relación entre el vértigo y la ansiedad, también son tomados en cuenta por las personas que padecen de vértigo. La sólida postura psicosomática, que sostiene que el quejarse de vértigo es señal de un trastorno psicológico subyacente, suele ser refutada con mucho interés (ver capítulo 2). Además, muchos pacientes respaldan una perspectiva claramente somatopsíquica:

> Como suelo decir, prácticamente experimentas un cambio de personalidad. Te vuelves una persona muy aislada y muy introspectiva… Fue todo, con una falta total de confianza, simplemente no tienes ganas de hacer nada, solo quieres acurrucarte y alejarte para así olvidar todo esto.

Sin embargo, otros apoyan la idea de que la personalidad podría afectar el impacto del vértigo:

> Creo que si fueras timorato o agorafóbico, sería muy fácil, en ese caso, que te pongas en una situación donde no harías nada.

Esta postura interaccionista, a través de la cual se presenta a los factores psicológicos como si influenciaran las respuestas al vértigo de origen orgánico, ofrece una posible explicación a la incidencia relativamente alta de

problemas psiquiátricos preexistentes que se han observado en pacientes con problemas vestibulares que fueron derivados a clínicas especializadas en neurootología (Eagger et al., 1992; McKenna et al., 1991). Aunque el vértigo de este tipo de pacientes puede estar muy poco relacionado a factores psicológicos, las personas que finalmente son derivadas para recibir la ayuda de los especialistas suelen ser aquellas más proclives a volverse ansiosas o que tienen habilidades deficientes para enfrentarse a los problemas. Existen algunas pruebas de que las quejas de padecer de mareos o desequilibrio moderados, que se pueden detectar en personas que no buscaron ayuda médica a causa de su vértigo, podrían estar influenciadas por la personalidad o factores emocionales (Hallam y Stephens, 1985). Esto se demostró en un ingenioso estudio (Stephens et al., 1991) en el que se preguntó a miembros de una comunidad, que sirvieron como muestra, si tenían problemas de audición o de mareos. Se halló una tendencia en la que aquellas personas que reconocieron padecer de mareos también se quejaron de tener problemas de audición. Sin embargo, las evaluaciones objetivas indicaron que su audición no era peor que la de otras personas que negaron tener cualquier tipo de problemas de audición o de equilibrio. Esto sugiere que las quejas relacionadas al padecimiento de mareos también pueden haber sido exageradas.

Algunos investigadores han intentado determinar si la personalidad también contribuye a un vértigo más grave, que se observó en los pacientes ambulatorios de los hospitales al preguntarles acerca de su historial psiquiátrico antes de la aparición del vértigo (Eagger et al., 1991). La dificultad con este enfoque es que el vértigo constante puede dar lugar a un «sesgo de información retrospectiva», en el que los pacientes que se encuentran angustiados debido al vértigo pueden recordar selectivamente episodios de estrés y ansiedad anteriores a la aparición del vértigo, por lo que, de modo erróneo, se perciben y describen como si siempre hubiesen sido anormalmente ansiosos. La manera en que la ansiedad y la depresión pueden influir en la memoria y la imagen propia ha sido bien documentada en pacientes psiquiátricos. Además, Coker et al. (1989) han obtenido pruebas que indican que la sintomatología actual influye en los propios informes de las características de la personalidad de los pacientes con mareos. Precisamente, estos investigadores aplicaron el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota a personas con la enfermedad de Ménière, y se dieron cuenta de que solo aquellos que habían experimentado síntomas, dentro de los tres meses

anteriores, habían obtenido puntajes notablemente elevados. Los puntajes de los pacientes con la enfermedad de Ménière, en periodo de remisión, no fueron, de modo significativo, más altos que los que obtuvieron los pacientes de un grupo de control no vertiginoso.

La hipótesis de que el estrés, más que la personalidad, puede ocasionar las crisis de vértigo también se considera ampliamente, y se transmite a menudo a los propios pacientes (ver capítulo 1). Sin embargo, luego de una concienzuda introspección, muchas personas con vértigo sienten la obligación de rechazar esta hipótesis:

> Sé que esto no tiene que ver con la preocupación, porque cuando estoy preocupado no me vienen los ataques. De hecho, cuando estoy extremadamente preocupado por algo, no aparece ningún ataque en ese momento.

Sin embargo, es interesante observar la variedad de respuestas que las personas con la enfermedad de Ménière dieron en un cuestionario (Austin, 1992), donde se pidió de forma explícita a los encuestados que hicieran una lista acerca de los «factores de estrés que hacen que su estado (emocional o físico) se agrave». A pesar de que era más probable considerar al estrés como un factor que contribuía en ese sentido debido a la sugestiva insinuación implícita, expresada líneas arriba, varias personas, sin embargo, negaron la existencia de algún vínculo entre su vértigo y el estrés, y señalaron lo siguiente:

> «No parece que los factores de estrés contribuyan a agravar mi estado. Cuando es evidente que tengo estrés, ¡no tengo vértigo!»
>
> «Es posible que sea un factor adicional, pero, sinceramente, no puedo decir que haya notado una especial correlación más allá del exceso de esfuerzo físico o del cansancio normal que se tiene al final del día». (Austin, 1992, apéndice 10)

Por otro lado, muchas personas aceptaron de buena gana la propuesta de que el estrés era un factor agravante, y comentaron lo siguiente:

> «El trabajo estresante ocasiona que esto [el vértigo] se agrave».
>
> «El estrés es mi mayor problema. Los golpes emocionales repentinos, por ejemplo, la muerte de amigos o parientes. Si hago muchas horas extras en el trabajo, entonces, corro el riesgo de tener ataques serios».

> «Estoy seguro que el estrés sí influye. Si me preocupo mucho por algo (lo que por desgracia suelo hacer) definitivamente no creo que esto me ayude con eso. Estar cansado tampoco es bueno, en especial para mi tinnitus».

El estrés es un concepto problemático que se puede definir únicamente en términos de amenazas o cambios, físicos o psicológicos, causados por acontecimientos externos. Sin embargo, también se puede considerar que el estrés abarca las reacciones del individuo a las condiciones del entorno. Si vemos las respuestas del cuestionario, se hace evidente que los encuestados han utilizado diversas definiciones de «estrés». Algunos resaltaron el aspecto referido al entorno y a los acontecimientos relacionados con la propia vida (las exigencias del empleo, los sucesos negativos y traumáticos), mientras que otros señalaron la contribución de la personalidad y la apreciación (por ejemplo, la tendencia a preocuparse). Además, los tipos de estrés reportados se confundían, muy a menudo, con la emoción, el exceso de esfuerzo físico y el cansancio. En consecuencia, y desafortunadamente, no se pueden distinguir los posibles efectos independientes que los estímulos fisiológicos y las exigencias excesivas en la capacidad de procesamiento de la información tienen sobre el vértigo (ver las siguientes secciones).

Las respuestas de algunos encuestados sugieren que el conocimiento de la hipótesis psicosomática los habría llevado a buscar la confirmación de un vínculo de causalidad entre la ansiedad y los mareos, a pesar de que no existe una evidente relación entre ambos:

> «Siento que el estrés puede ser un factor que provoque un ataque, pero probablemente tenga un efecto sutil y retardado, no es que me produzca un ataque de inmediato».

> «A veces parece que la ansiedad agrava mi estado, pero es muy difícil asegurar que eso siempre vaya a pasar».

La posibilidad de que el conocimiento de la supuesta contribución del estrés al vértigo pueda motivar esfuerzos intencionados para hallar pruebas sobre una causa de tipo psicosomático, complica la interpretación de la investigación en este tema, ya que esta situación aumenta la probabilidad de que los episodios que coinciden con el vértigo y el estrés sean tomados en cuenta, recordados y reportados, de modo selectivo. En consecuencia, la

investigación respecto a la relación entre el estrés y el vértigo puede adolecer de problemas de información sesgada, similares a los que han inundado los estudios sobre la personalidad y el vértigo. Por tanto, para elaborar una sólida evaluación de la hipótesis acerca de que el estrés causa, exacerba o desencadena el vértigo se requiere, de modo ideal, un diseño prospectivo y longitudinal, de forma que se eviten los problemas referentes a la elección de grupos de control inadecuados y al sesgo de la información retrospectiva.

El estudio de Crary y Wexler (1977) es la única investigación que ha examinado, en forma prospectiva, si se pueden hallar vínculos directos entre los episodios de estrés específicos y el vértigo. A los participantes en este estudio, que padecían de la enfermedad de Ménière, se les pidió llevar un registro diario de la incidencia de sus episodios de estrés y vértigo. En más de las tres cuartas partes de los días en que experimentaron vértigo, no hubo reporte de estrés. Tampoco se registró estrés durante los episodios de vértigo o en los cinco días que precedieron o siguieron a estos episodios. Es difícil medir la incidencia del estrés sin la presencia de vértigo a partir de la información reportada. Sin embargo, la proporción de días en que el estrés no precedió ni siguió al vértigo parece bastante baja, lo que indica que la relativa incidencia del vértigo reportado (en comparación con el estrés reportado) puede haber sido tan alta que no es posible descartar que los efectos de los episodios de vértigo y estrés estén suficientemente aislados. La incidencia de episodios de estrés fue ligeramente inferior antes o después de los días en que se experimentó vértigo. Desafortunadamente, no es posible determinar si el estrés que se produce el mismo día que el vértigo precede o es resultado de los mareos. Finalmente, las comparaciones entre los individuos revelaron que no existía diferencia entre los puntajes de la ansiedad estado (es decir, actual) al comienzo o al final de un mes sin vértigo, o incluso en un mes donde ocurrieron episodios de vértigo, aunque la ocurrencia del vértigo (registrada a finales de mes) sí afectó, de modo significativo, la percepción de los pacientes con respecto a la mejoría de la enfermedad.

En conclusión, el detallado y amplio estudio de Crary y Wexler no proporcionó ninguna prueba clara respecto a que el estrés o la ansiedad pueden provocar vértigo. No obstante, la hipótesis del papel del estrés como una causa directa (del vértigo) no puede ser absolutamente rechazada sobre las base de estos resultados, debido en parte a las limitaciones de este

único estudio (detalladas anteriormente) y también debido a que no se puede considerar que el fracaso en la demostración de la hipótesis experimental sea una confirmación de la hipótesis contraria (es decir, que el estrés no causa vértigo). Asimismo, se debe señalar que una deficiencia fundamental de la mayoría de las investigaciones sobre la posible contribución de los factores psicológicos al vértigo, es que estos estudios solo han intentado documentar la existencia de una asociación, en lugar de tratar de comprender los procesos y mecanismos que podrían mediar en esta relación. Por tanto, las siguientes secciones consideran con mayor detalle las formas complejas en que el vértigo, la ansiedad y el estrés pueden estar relacionados entre sí.

Miedos inmediatos, asociaciones y activación

Un tema recurrente en casi todas las descripciones de una crisis de vértigo aguda es la presencia de una sensación de confusión, miedo e incapacidad. De hecho, el miedo parece ser un componente inmediato e irreflexivo de la propia experiencia. Esto se puede dar, en parte, porque el vértigo implica no solo experimentar sensaciones extremadamente desagradables de náuseas y malestar general, sino porque implica también la pérdida de control sobre el cuerpo, una forma de incapacidad que parece estar muy relacionada, y de modo particular, con el desarrollo de la ansiedad y la depresión (Mineka y Kelly, 1989). Por supuesto, en sus explicaciones acerca del terror inducido por el vértigo, muchas personas identificaron la incapacidad y la impotencia, asociadas a un malestar general grave, como el aspecto que les producía mayor aversión en una crisis:

> Me preocupan más los ataques que me pueden venir que no poder oír; sí, es así, porque eso no me hace daño, en cambio los mareos y la enfermedad sí. Puedo aceptar la sordera y los ruidos en mi cabeza, pero lo que de verdad es malo es sentirme terriblemente enfermo e incapacitado.
>
> Estaba demasiado asustado porque estaba completamente fuera de control, y no había nada que pudiera hacer al respecto. Es solo que odio estar enfermo, y, de hecho, muy, pero muy rara vez me he enfermado. Creo que, aparte de la enfermedad de Ménière, quizás solo me haya enfermado una sola vez en mi vida, así que esto es muy aterrador.

> Es solo la anticipación del ataque, y precisamente esto es lo peor. Además, saber que no hay nada que se pueda hacer al respecto, que no te vas a sentir bien al final de todo esto. No es que sea una amenaza a tu vida, pero te vas a sentir muy, muy enfermo y vas a tener que estar dos o tres días así, lo que, sin duda, significa estar veinticuatro horas incapacitado.

El vértigo altera la relación que uno tiene con su entorno en el nivel más fundamental y, por consiguiente, socava la base misma para tener una experiencia significativa. Como Giorgi dice: «todas las experiencias tienen una doble conexión, por un lado está la conexión con el mundo y, por el otro, la conexión con el cuerpo… Lo crucial de este asunto es que se da por sentado la conexión con el cuerpo [en relación activa con el mundo] en todas las experiencias que tenemos» (1977, p. 96). Rigatelli y sus colaboradores señalaron que «la precariedad del ser» inducida por el vértigo es tal que, con frecuencia, el vértigo se ha utilizado en la literatura y filosofía como un símbolo y metáfora de la ansiedad existencial (Rigatelli et al., 1984). De hecho, algunas personas encuentran la experiencia tan aterradora al punto de sentir que su propia existencia se ve amenazada:

> Cuando tengo un ataque grave, realmente no sé si voy a salir de eso, ¿me entiendes, no? Es decir ¿me voy a morir?, así de mal te sientes.
>
> Estos ataques son aterradores cuando se presentan, porque te sientes terriblemente mal… Siempre me sentía muy mal por esto, porque tan solo estaba detenido a un lado de la carretera y ya me sentía mareado, no podía evitarlo; sí que me molestaba. Es un poco aterrador cuando te encuentras solo y te sientes así, y realmente no sabes qué hacer, y es que no puedes hacer nada. Creía que iba a morir, así fue, en un momento pensé que no iba a salir vivo de este ataque, pero finalmente sé que esto no va a pasar y que, de cualquier modo, en algún momento todos vamos a morir, pero no es agradable pensar en eso, ¿verdad?

Es cierto que muchas enfermedades provocan miedo, ya sea porque producen malestar, deterioro físico y discapacidad, o muerte. Sin embargo, estos miedos son, por lo general, el resultado de apreciaciones conscientes, que son a menudo razonables y realistas, respecto a las posibles consecuencias futuras de la enfermedad. En el caso de un vértigo agudo el terror parece ser, con frecuencia, una reacción casi automática e instantánea, que ocurre en lo que algunos psicólogos considerarían la etapa de procesamien-

to de información preatentiva o preconsciente, que influye en la formación de asociaciones fundamentales entre los acontecimientos y las emociones (como sucede en el condicionamiento clásico). Una interesante posibilidad (aunque hasta ahora no probada) es que la desorientación puede ser uno de los miedos principales del que el hombre se ha hecho consciente gracias a la evolución, al igual como parece haber sucedido con nuestra particular tendencia a detectar y a temer a las arañas y serpientes. Es posible imaginar también que los factores de la personalidad intervengan en esta etapa para influir en las reacciones frente a la desorientación, ya que existen pruebas que sugieren que el conocimiento y procesamiento de información preconscientes de posibles amenazas es mayor en personas y animales ansiosos o reactivos desde el punto de vista emocional (Eysenck, 1991). Brandt sugirió que la existencia de una predisposición a la ansiedad puede desempeñar un rol significativo en el desarrollo del vértigo visual, al afirmar que:

> «La acrofobia neurótica se produce cuando el vértigo a las alturas de tipo fisiológico [es decir, provocado por el entorno] causa una reacción fóbica condicionada que se caracteriza por una disociación entre el riesgo a caer objetivo y subjetivo… Los trastornos del vértigo fóbico exigen una estructura de personalidad neurótica, así como la suscitación de una situación de estímulo, que es, por lo general, incómoda incluso para las personas sanas. En consecuencia, el deterioro del equilibrio postural, debido a la ataxia o la deficiencia de cualquiera de los sistemas sensoriales de estabilización, puede facilitar la provocación de acrofobia o agorafobia en personas predispuestas» (Brandt, 1984, p. 452).

Por consiguiente, Brandt reconoce que las personas con deficiencias en su sistema de orientación son más vulnerables al «vértigo visual de tipo fisiológico», en comparación con las personas sanas. Sin embargo, también insiste en que solo aquellos que tienen una predisposición a las reacciones condicionadas por el miedo desarrollarán, posteriormente, un intenso temor a situaciones desorientadoras. Jacob (1988), en su análisis sobre la relación entre el trastorno de pánico y el sistema vestibular, también considera que la vulnerabilidad a la desorientación provocada por disfunción vestibular no es causa suficiente para producir miedo o para evitar situaciones que lo desencadenen, a pesar de que él denomina como «pseudoagorafobia» al miedo secundario que se produce frente a situaciones de desorientación y que se muestra más dubitativo al atribuir esto a «… algunas otras variables, quizás los factores de personalidad relacionados a una tendencia a la ansiedad [que] constituyen una influencia mode-

rada en los efectos somatopsíquicos de la disfunción vestibular» (Jacob, 1988, p. 366). Sin embargo, existen muchos factores situacionales vinculados al vértigo visual que podrían proporcionar una explicación igualmente adecuada sobre el desarrollo del miedo y la evasión de situaciones de desorientación sin recurrir a los supuestos rasgos de personalidad neurótica (ver la siguiente sección).

Jacob también describe un modelo (puramente hipotético) de las respuestas condicionadas que, en parte, explicaría el vértigo visual en las personas que han tenido una o más crisis agudas de vértigo de origen vestibular en algún momento. Jacob propone que el miedo intenso asociado a la desorientación causada por un trastorno vestibular puede hacer que se condicione a situaciones de desorientación menos graves. En otras palabras, al haber experimentado el terror de una verdadera crisis vestibular, el individuo podría encontrar que las primeras señales de desorientación (incluso si en este caso se produce por condiciones de entornos desorientadores) bastan para desencadenar, de manera automática, una ansiedad grave. Por supuesto, esta activación de ansiedad preconsciente también se puede ver fortalecida por miedos conscientes provocados por la aparición de una crisis aguda si el individuo no es consciente de la causa ambiental que produce su desorientación (ver capítulo 3).

Una posibilidad adicional es que también se puede presentar alguna forma de condicionamiento clásico de los síntomas autónomos asociados a la desorientación. De manera interesante, Morrow et al. (1991) han hallado que la incidencia de vómitos (condicionados), previos a una quimioterapia, se relaciona con una susceptibilidad a sufrir cinetosis, y, en ese sentido, estos autores sugieren que una «preparación para el aprendizaje asociativo» podría influir en ambos. La posibilidad de algún tipo de respuesta condicionada, similar a la aversión a un sabor adquirido, parece particularmente posible en vista de la supuesta función del vértigo desarrollada como una respuesta a la ingesta de sustancias tóxicas (Triesman, 1977). Esta posibilidad explicaría, en parte, la razón por la cual los que padecen decinetosis, con frecuencia y erróneamente la atribuyen a los efectos de las emanaciones de la comida, del petróleo o del tabaco (Lawther y Griffin, 1988). Sin embargo, Challis y Stam (1992) han cuestionado las pruebas acerca de una asociación entre la susceptibilidad a sufrir cinetosis y las náuseas condicionadas, afirmando, en cambio, que la conciencia de los síntomas somáticos de la activación de la ansiedad es uno de los más destacados indicadores fisiológicos de que van a

ocurrir náuseas o vómitos. En un reciente estudio longitudinal realizado en pacientes externos de un hospital, a quienes se les diagnosticó disfunción del sistema del equilibrio, la frecuencia y la gravedad de los síntomas relacionados a la ansiedad somática que se reportaron, también sirvieron para predecir el cambio que se reportó en la gravedad y discapacidad del vértigo (Yardley, 1993; Yardley, Luxon y Haacke, 1993). Por tanto, el modo en que la ansiedad somática y la activación autónoma pueden influir en las reacciones frente al vértigo merece un estudio más detallado.

Los síntomas físicos característicos de la ansiedad somática incluyen sudoración, tensión muscular, latidos cardíacos fuertes o acelerados, desorientación o mareos, temblores y, en casos extremos, náuseas y deseo de orinar o defecar (por ejemplo, Crown y Crisp, 1979; Derogatis et al., 1974; Schwartz et al., 1978). Ya que todos estos síntomas (excepto el deseo de orinar) también se han descrito como parte de la sintomatología del vértigo o de la cinetosis (Graybiel, 1969; Morrison, 1984; O'Connor et al., 1988), es muy difícil determinar, de manera general o en el caso de un individuo en particular, en qué medida los síntomas autónomos asociados al vértigo son causados directamente por la desorientación, o si más bien reflejan la ansiedad existencial que también constituye una parte integral del trastorno. Sin embargo, las técnicas estadísticas se pueden utilizar para identificar grupos de síntomas interrelacionados y así determinar cómo estos grupos de síntomas se relacionan con la ansiedad y con los problemas de discapacidad. De hecho, se descubrieron cuatro grupos de síntomas al analizar las respuestas de los pacientes con trastornos vestibulares diagnosticados a un cuestionario (la escala de síntomas de vértigo) que evalúa una gran variedad de síntomas que comúnmente se asocian al vértigo (Yardley, Masson et al., 1992). Como era de esperar, uno de estos grupos de síntomas se relacionó al vértigo prolongado, la inestabilidad postural, las náuseas y los vómitos, mientras que un segundo grupo describía sensaciones pasajeras de desorientación menos graves. Estos grupos de síntomas no estaban correlacionados con ninguna medición de la ansiedad. Sin embargo, se pueden distinguir dos grupos adicionales de síntomas relacionados con la ansiedad. El primero incluye síntomas que son consistentes con la activación de la ansiedad y posiblemente también con la hiperventilación (por ejemplo, latidos cardíacos fuertes, sudoración, sensación de desvanecimiento o dificultad para respirar). El segundo grupo contenía una gran diversidad de síntomas (por ejemplo, dolor de espalda, dolor de pecho, dificultad para

concentrarse), muchos de los cuales provenían de escalas ya existentes que medían la «somatización». En consecuencia, los puntajes altos obtenidos en las subescalas creadas a partir de estos ítems sugerirían un exceso de información provocado por la atención desmedida al estado físico, la angustia emocional o la preocupación general acerca de la salud. Un seguimiento de los pacientes que en un inicio completaron la escala de síntomas de vértigo, mostró que la medición de los síntomas autónomos y de la somatización extraída de los informes individuales era el mejor predictor longitudinal del bienestar subjetivo y del cambio en la percepción de discapacidad (Yardley, 1993a, b; Yardley, Luxon y Haacke, 1993). Estos síntomas predijeron el cambio en la severidad del vértigo durante un periodo de siete meses, mejor que cualquiera de las otras variables evaluadas que incluían la edad, el género, la clasificación diagnóstica, la severidad del vértigo o su duración, los resultados de la prueba audiovestibular o el uso de medicinas.

Existen varias formas en que la ansiedad somática y los síntomas autónomos podrían contribuir a la percepción que se tiene de la gravedad y discapacidad del vértigo. Los altos puntajes que se obtuvieron en los informes individuales, en relación a la medición de la frecuencia del síntoma simplemente indicarían una conciencia y un miedo excesivos respecto a los síntomas físicos. Se ha sugerido que la tendencia a centrarse en uno mismo se asocia, de modo inevitable, con la angustia y la discapacidad, ya sea porque el autocontrol ansioso del propio estado físico es en sí mismo una señal de problemas psicológicos subyacentes, o porque la autoevaluación constante llama la atención respecto a los estados somático y psicológico que pueden ser interpretados de manera negativa y que, de otro modo, se hubieran pasado por alto (Bass, 1990; Schwarzer y Wicklund, 1991). Entonces, la sensibilidad al vértigo podría aumentar por un foco de atención interno o por una predisposición a evaluar las sensaciones y acontecimientos como potencialmente amenazadores, o por detectar y monitorear las fuentes de amenaza percibidas (Cioffi, 1991; Eysenck, 1987; Ingram, 1990; Miller, 1990; Watson y Pennebaker, 1989; Williams et al., 1988). No obstante, aunque la mayoría de las teorías sobre la relación entre la ansiedad y la preocupación con los síntomas físicos caracteriza un foco de atención introspectivo como un rasgo de personalidad relacionado con la ansiedad, muchos testimonios de este libro, proporcionados por personas que padecen de vértigo, indican que ellos sentían que su enfermedad los hizo inusualmente introspectivos.

Clark (1986) propuso un modelo de interacción sobre la relación entre la ansiedad y la percepción del síntoma para explicar el desarrollo del pánico. Él señala que las percepciones negativas respecto a las señales fisiológicas de activación pueden dar lugar a una ansiedad intensificada, lo que conduciría a un ciclo de escalada de los síntomas, y al miedo de lo que podrían significar (Clark, 1986). Por ejemplo, los aumentos temporales de la frecuencia cardíaca, que de hecho están dentro del rango normal, se pueden interpretar como una señal de la existencia de una enfermedad grave o de la incapacidad para enfrentarse a los problemas, lo que produce, finalmente, una mayor ansiedad y aumentos de la frecuencia cardíaca (Pauli et al., 1991). Además, muchas personas que experimentan ataques de pánico también desarrollan agorafobia, ya que por temor aprenden a evitar situaciones que los expondrían al pánico. En el caso de los pacientes con vértigo, los síntomas autónomos pueden, al principio, formar parte del trastorno de vértigo espontáneo y agudo, pero a partir de entonces, podrían formar parte de una reacción a la más leve desorientación provocada por el movimiento, por las situaciones desorientadoras, o, tal vez, por la fatiga y el estrés.

De modo alternativo o adicional, los altos puntajes obtenidos respecto a la ansiedad somática y al síntoma autónomo estarían reflejando una auténtica activación fisiológica, o incluso una hiperventilación (respiración exagerada). La activación y la hiperventilación pueden aumentar directamente el nivel de desorientación a través de numerosas conexiones recíprocas entre el sistema vestibular, el cerebelo y las estructuras autónomas del tronco encefálico (Jacob, Furman, Clark, Durrant y Balaban, 1993). Algunos autores han sugerido que la activación puede inhibir la adaptación y la supresión de las señales vestibulares desorientadoras a nivel central, o interrumpir la integración central de la información que sirve para la orientación, aunque las pruebas no son concluyentes (Beyts, 1987; Jacob, 1988). Definitivamente, el aumento del reflejo vestíbulo-ocular se ve reforzado en los individuos que se encuentran mentalmente alertas y en los notoriamente depresivos por somnolencia (Möller et al., 1990). Los efectos de la estimulación de la ansiedad no se han establecido tan bien, aunque Jacob et al. (1989) observaron un gran aumento anormal del reflejo vestíbulo-ocular en un grupo de pacientes a quienes se les había diagnosticado trastorno de pánico. Además, la experiencia clínica anecdótica sugiere también que la ansiedad puede causar una fuerte respuesta a la prueba calórica sin fijación, o aumentar la supresión del reflejo vestíbulo-ocular con fijación (por ejemplo, Hood, 1984). El funciona-

miento central puede verse incluso mucho más afectado si la estimulación causa hiperventilación, lo que produce desorientación y confusión (Drachman y Hart, 1972; Theunissen et al., 1986).

Las pruebas preliminares que reportaron que los síntomas de la ansiedad somática se pueden relacionar con auténticos cambios fisiológicos, se obtuvieron a partir de un estudio de personas que se quejaban de tener vértigo a causa de movimientos de la cabeza. En este estudio se halló que los puntajes elevados de la «somatización» y los síntomas autónomos reportados se correlacionaban con mediciones objetivas de los aumentos de la frecuencia respiratoria que seguían al movimiento de la cabeza (Yardley, Gresty, Bronstein y Beyts, 1993). Una vez más, podría desarrollarse un círculo vicioso a través del cual los síntomas autónomos, inicialmente desencadenados por la disfunción vestibular, resultan en ansiedad y una activación fisiológica más intensa, que luego aumenta el nivel de vértigo. El hallazgo de que el cambio percibido respecto a la gravedad del vértigo se relacionaba no solo a los niveles iniciales de los síntomas autónomos, sino también a aumentos en la sintomatología autónoma durante un periodo de varios meses, proporciona algo de respaldo para el modelo de la relación entre los síntomas autónomos y el vértigo (Yardley, Luxon y Haacke, 1993).

Creencias y apreciaciones sobre el manejo del vértigo

En la sección anterior se abordó principalmente la forma en que las reacciones preconscientes a la desorientación pueden afectar la experiencia del vértigo. Sin embargo, es importante recordar que las apreciaciones y creencias conscientes también pueden influir en las respuestas al vértigo, de manera directa y a través de su relación con los miedos y la estimulación preconscientes, y con la actividad voluntaria. Leventhal (por ejemplo, Leventhal y Nerenz, 1985) sugirió que las dimensiones relevantes de las creencias respecto a la enfermedad comprenden concepciones acerca de la identidad y causa del trastorno, y expectativas relacionadas al desarrollo futuro y consecuencias de la enfermedad. El modo en que la incertidumbre sobre el diagnóstico puede contribuir a la ansiedad que rodea al vértigo se analizó en el capítulo 2. Existen muchas pruebas de que la incertidumbre sobre lo que

Leventhal denomina la «línea de tiempo» del vértigo puede conducir a una aprensión persistente. Debido al carácter imprevisible de las crisis, algunas personas que padecen de vértigo nunca se sienten completamente seguras:

> [La confianza] ha desaparecido, ya que este problema siempre ha estado en el fondo de mi mente, en todo momento y lugar, cuando iba por la calle, cada vez que me agachaba o volteaba rápidamente, sentía que estaba en peligro. Tan solo me había agachado para recoger un balde y ya estaba en el suelo en medio de un ataque. No puedo decir que me he acostumbrado, a pesar de que los he tenido desde hace mucho tiempo.
>
> El problema es que nunca sabes cuándo te va a suceder. Cuando voy a cualquier lugar siempre pienso: «Ojalá que no vaya a suceder», pero en el fondo de mi mente… [Siempre estoy consciente de la posibilidad] de que esto pase en cualquier lugar, porque puede suceder, incluso si tan solo camino hasta el final de la calle, me puede venir un ataque.

Además, la incertidumbre acerca de una prognosis a largo plazo hace difícil planificar para un futuro inmediato o lejano:

> Esta situación me aterra, es decir, no saber si voy a cargar con este problema por el resto de mi vida o si va a desaparecer en algún momento. Creo que todo esto ha afectado muchísimo mi perspectiva sobre el futuro, ya que no sé qué me espera. Todas las noches me acuesto y me pregunto: « ¿Será mejor por la mañana o será peor?», y es así todas las noches.
>
> Es justo el tipo de sensación que te hace decir: « ¿Cuándo va a acabar todo esto? ¿Me entiendes? Es la incertidumbre de no saber si esto va a mejorar o si estoy condenado a vivir con este problema por el resto de mi vida.
>
> Tener vértigo y sordera hizo que mi perspectiva del futuro fuera bastante aterradora. Es decir, sentir que quizás mi vida se iba a ver limitada por esto, estar en una completa incertidumbre, no saber qué me espera; así, todo se vuelve desconcertante.

A este respecto, la incertidumbre que rodea el curso probable de la enfermedad haría que se vuelva más difícil ajustarse y adaptarse al vértigo que a enfermedades crónicas igualmente problemáticas, pero inevitables y, por tanto, predecibles. Además, la ansiedad producida por la incertidumbre de

lo que va a suceder puede verse incrementada por dudas persistentes sobre la posibilidad de que una enfermedad grave cause los síntomas:

> Tener poco conocimiento es preocupante y, por eso, te preguntas qué es lo que tienes o si ha empeorado. Pero solo me hago estas preguntas en los momentos de insensatez.

Visto en el contexto de estas preocupaciones, apenas irracionales, el miedo asociado con la desorientación se comprende inmediatamente. La disputa, descrita en la sección anterior, acerca de que la «pseudoagorafobia» causada por los mareos podría implicar una personalidad ansiosa (Jacob, 1988) fue provocada por la constatación general del desarrollo de la cinetosis sin fobia al observar a unos militares expuestos de modo experimental a condiciones de desorientación, como por ejemplo una habitación en rotación (por ejemplo, Graybiel et al., 1965). Sin embargo, se debe señalar que muchos factores relevantes diferencian la experiencia de la cinetosis, inducida de forma experimental, del vértigo de la vida diaria. Los militares eran precisamente conscientes de la causa de sus síntomas, de que éstos eran normales (de hecho, los colegas sentían lo mismo) y de que no había consecuencias peligrosas para su salud física o mental. Su desorientación era predecible, y los límites temporales y espaciales de la situación desencadenante estaban claramente definidos. Por el contrario, la gente común se volvió inusualmente susceptible a la desorientación, ya que debido a su trastorno del sistema del equilibrio, estaban a menudo inconscientes de la disfunción de su sistema sensorial, o incluso de los factores directos desencadenantes que provocaban su confusa y perturbadora sintomatología. Incluso, puede ser que los médicos sean incapaces de descubrir o confirmar la existencia de un fundamento de tipo orgánico para su experiencia, o de explicar o predecir sus síntomas. Por consiguiente, estos síntomas representan una aparente manifestación arbitraria de algún trastorno misterioso, cuyas características sugieren prácticamente las mismas alternativas desagradables que presentan un origen neuronal o mental.

Se ha demostrado a través de una investigación psicológica exhaustiva que es mucho más probable que una experiencia inexplicable e impredecible, atribuida a un origen interno, cause ansiedad en comparación con un conjunto de circunstancias reducidas a ciertos límites, bien comprendidas y en última instancia controladas de modo externo (por ejemplo, Miller, 1979;

Steptoe y Adams, 1989). Por esta razón, se debe tomar en cuenta el efecto de las incertidumbres adicionales que acompañan al vértigo en la vida diaria antes de concluir que una predisposición a la ansiedad o a la neurosis es una condición previa necesaria para el desarrollo del miedo a las situaciones de desorientación en personas proclives a la desorientación a causa de disfunción vestibular. Por supuesto que es probable que la presencia de una ansiedad ya existente exacerbe cualquier miedo provocado por la desorientación. Sin embargo, a la fecha no existen ni estudios prospectivos ni longitudinales que demuestren que solo aquellas personas con vértigo y con altos niveles de rasgos de ansiedad o neuroticismo, desarrollan un miedo a las situaciones de desorientación. Muchas personas podrían desarrollar cierta cautela si están sometidas con frecuencia y de manera impredecible e inexplicable a los niveles de desorientación que nosotros elegimos tolerar solo en situaciones bien controladas, como en el caso de los cinco minutos que voluntariamente pasamos (¡bien atados!) en un juego en un parque de diversiones.

Aunque con frecuencia los análisis de las reacciones ante la amenaza percibida tienden a asumir que la causa fundamental de la ansiedad es un miedo elemental al daño físico (por ejemplo, Pyszczynski et al., 1991), la mayoría de las personas con vértigo parecen estar, al menos, preocupadas en igual medida sobre las consecuencias sociales del vértigo (un análisis más detallado sobre este tema se encuentra en el siguiente capítulo). En un estudio de la relación entre la discapacidad y las creencias acerca de las consecuencias directas del vértigo, un centenar de personas a quienes se les diagnosticó disfunción del sistema del equilibrio completó un cuestionario que evaluaba los miedos que comúnmente se asociaban al vértigo (Yardley, 1993a). Se identificaron tres grupos principales de preocupaciones: el miedo a perder el control, la ansiedad producida por pensar que los mareos pueden ser una señal de una enfermedad grave, y la aprensión ocasionada por la creencia de que el vértigo se puede volver grave y causar vómitos. La preocupación sobre una posible pérdida del control era mucho más común y estaba más estrechamente vinculada a los niveles de discapacidad en comparación con las preocupaciones acerca de enfermedades malignas u ocultas. Además, el análisis detallado de los miedos, relacionados a la pérdida de control, reveló que la anticipación respecto a las consecuencias sociales como, por ejemplo, decepcionar a la gente o comportarse de manera extraña en público, se vinculaba de una forma muy estrecha con la discapacidad (incluso después de controlar estadísticamente los niveles de la gravedad de los síntomas y

la ansiedad); mientras que la creencia de que la pérdida del control causada por mareos conduciría al daño físico (por ejemplo, desmayos, caídas) no guardaba relación con la discapacidad.

Aparte de los efectos que las creencias acerca de las causas y consecuencias de la enfermedad tienen sobre la discapacidad y la angustia, Leventhal y Lazarus (1991) resaltaron la importancia de las creencias acerca de la disponibilidad de estrategias de autoayuda adecuadas y efectivas. La característica más resaltante del vértigo, en este sentido, es que a menudo parece ofrecer a sus víctimas pocas oportunidades obvias para una superación constructiva. Un conjunto de entrevistas y un cuestionario semiestructurado donde se solicitó de manera específica que se hicieran descripciones de medios útiles para enfrentar activamente el vértigo (Yardley, 1991) produjeron, muy pocas explicaciones de métodos exitosos (aparte de una cuantas tácticas ingeniosas detalladas en el capítulo 6). Tanto en estos estudios como en un cuestionario tipo encuesta conducido por Austin (1992) y realizado a personas con la enfermedad de Ménière, la abrumadora mayoría de las respuestas a las preguntas sobre cómo lidiar con el vértigo describieron una restricción de las actividades que se pueden realizar. Muchas personas también recomendaron el uso de medicinas, y algunas mencionaron descansar, evitar el estrés y tratar de dejar de pensar en los síntomas, con frecuencia, intentando mantenerse ocupado. Sin embargo, estas estrategias de autoayuda parecen constituir intentos de ejercicios para limitar el daño, en lugar de recurrir a la confianza y a las capacidades de uno mismo para superar el problema del vértigo. Por ejemplo, en un estudio basado en cuestionarios acerca de las maneras de lidiar con este problema se encontró que los esfuerzos por escapar del vértigo, entre los que se encuentran mantenerse ocupado fantasear, hablar con otros, dormir, ver mucha televisión, comer, fumar, beber alcohol o consumir tranquilizantes, están todos asociados a una mayor discapacidad y angustia reportadas (Yardley, 1993b). Aunque la explicación para esta correlación positiva puede hallarse en el hecho de que las personas más discapacitadas se vieron obligadas a recurrir a estas medidas de autoayuda en un grado mayor que aquellos con vértigo leve, lo cierto es que no existen pruebas provenientes de análisis longitudinales acerca de que el uso de estas estrategias de autoayuda tuviera algún efecto beneficioso a largo plazo.

Uno de los principales problemas que enfrentan las personas cuando tratan de lidiar con el vértigo es la incertidumbre sobre los costos y beneficios

relativos de permanecer activo o en reposo. Muchas personas encuentran que es difícil decidir cuál de estas opciones de acción es la adecuada, a pesar que tienen claro que su objetivo primordial es minimizar el vértigo:

> Creo que hay dos maneras para enfrentarse a esto: tratar de ignorarlo e intentar llevar una vida normal en la medida de lo posible, o en su defecto, simplemente quedarse tranquilo, tú me entiendes, es decir, literalmente irse a la cama.
>
> Si lo agarro a tiempo, se irá, siempre que no intente hacer nada y vaya a un ritmo normal, siempre que piense «Bueno, será mejor que me siente esta tarde y ya se me pasará». A menudo, en unas pocas horas, eso es lo que sucede… Puedes tener un ataque realmente violento, pero luego puedes experimentar algo mucho menos agresivo y ese es el que debes tratar de superar, bueno, eso es lo que creo. Si me estoy sintiendo un poco fuera de equilibrio o algo así, lo mejor que puedo hacer es tan solo trabajar y así sacarlo de mi mente.

Sin embargo, el dilema en cuanto al modo más conveniente para lidiar con el vértigo podría complicarse debido a la percepción de un conflicto entre los objetivos incompatibles de evitar la actividad que podría causar el vértigo y mantener un estilo de vida satisfactorio. Powers (1973) proporciona un análisis incisivo de las posibles consecuencias desastrosas que se pueden dar al tratar de alcanzar objetivos mutuamente excluyentes. El comportamiento, en principio, se dirige hacia un objetivo, pero en la medida en que se alcanza el estado deseado, especificado por este objetivo, el progreso hacia el estado opuesto, pero igualmente deseado, disminuye. Por ejemplo, el individuo que se embarca en una actitud de «seguir como si no tuviera nada» se puede ver obligado a aventurarse en situaciones percibidas como incompatibles con el objetivo de garantizar su seguridad y capacidad tanto física como social. Por el contrario, la persona que decide priorizar el comportamiento preventivo puede encontrar que, con el fin de evitar causarse mareos, la actividad dirigida hacia muchos otros objetivos (hacer ejercicios, viajar, incluso trabajar) se debe reducir progresivamente. La consecuencia es tener una ansiedad intensificada y un aumento de la motivación para redireccionar el comportamiento hacia el objetivo alternativo. Finalmente, si el comportamiento se redirecciona, de manera constante, como consecuencia de intenciones antagónicas, el individuo simplemente oscila entre los dos estados deseados sin poder hacer nada. Muchos entrevistados expresaron con elocuencia la sensación de impotencia que esta situación

ocasiona, y describieron su confusión y frustración por no ser capaces de, al mismo tiempo, evitar el vértigo y permanecer activos:

> Sinceramente, a veces, me siento desanimado, y me digo: «Qué desperdicio de vida y tiempo», y esto es porque me gustaría hacer algo, ¿me entiendes?, pero no puedo, y eso es todo. Por eso, cuando estoy desanimado, trato de estar ocupado. No puedo dejar que esto condicione mi vida, ¿cierto? No debo y no puedo dejar que pase esto.
>
> Me he dado cuenta de que algunos días me quedo sentado como un maniquí, y puede ser que no lo tenga [el vértigo], pero ¿cuánto tiempo puedes sentarte así?

Desorientación y procesamiento de información

Previamente (ver la primera sección de este capítulo), se indicó que las descripciones subjetivas de una asociación entre el estrés y el vértigo suelen confundir la asociación entre la activación emocional y el esfuerzo mental o fatiga. De hecho, ya que las situaciones emocionalmente desafiantes a menudo suponen requerimientos urgentes para procesar información, tales como la evaluación de amenazas, el potencial para hacerles frente o la solución de exigencias conflictivas, es posible que sea la carga cognitiva impuesta por acontecimientos angustiantes la más relevante para las dificultades experimentadas por los pacientes con vértigo cuando se sienten estresados. Además, los testimonios acerca de la asociación entre el esfuerzo cognitivo y la desorientación sugieren una posible asociación bidireccional. No solo las tareas difíciles pueden provocar vértigo; sino que el vértigo crónico también parece afectar la concentración:

> Bueno, a mí me da temor hacer o comprometerme con algo que vaya a causarme mucho estrés. La concentración, eso es lo que me molesta, como digo. Cosas como leer los labios o conducir, o cualquier otra actividad que requiera que piense mucho.
>
> Me levanté muy rápido y, ya sabes, las vueltas de siempre empiezan suavemente, muy suavemente; pero también me doy cuenta de que después tengo un problema para recordar las cosas bien. No dura mucho tiempo, apenas unos segundos, no suele tomar más de un minuto; pero no sé. Tu cuerpo quiere hacer una cosa y tu mente, en cierto modo, está sintonizado.

> Se te caen las cosas, ya sabes, la concentración se te va. Por ejemplo, voy a coger el azucarero y se me cae por todas partes. Y al final tienes que limpiar todo. En realidad, no hago nada correctamente porque la concentración en definitiva me falla.

En la medida en que la orientación pueda ser considerada una habilidad perceptivo-motriz y la habituación, un proceso de aprendizaje (ver capítulo 3) se podrá explicar de manera sencilla la relación entre el vértigo y el esfuerzo mental desde el punto de vista de la capacidad limitada del procesamiento de información (Kramer y Spinks, 1991). Según los modelos puros de capacidad limitada, cualquier tarea que requiera atención y procesamiento central limitará la disponibilidad de recursos para las tareas mentales conflictivas. Por lo tanto, la capacidad de procesamiento dedicada a la orientación y habituación no se encontrará disponible para actividades mentales alternativas; mientras que los desafíos cognitivos de alta prioridad podrían alejar el procesamiento de recursos de la tarea de orientación, y obtener como resultado el resurgimiento de mareos y desequilibrio.

La posibilidad de que la desorientación y la habituación representen una demanda significativa para la capacidad de procesamiento ofrece una explicación alternativa para la fatiga crónica y la dificultad para concentrarse, de las que las personas que padecen vértigo suelen quejarse. Estos son síntomas que generalmente se atribuyen ya sea al agotamiento o a la depresión no específica causados por la enfermedad o por la ansiedad o hipocondría preexistente. Sin embargo, en la actualidad existe muy poca evidencia directa que respalde esta explicación. Grimm et al. (1989) informan que después de experimentar latigazos cervicales que dañan el órgano vestibular, las personas experimentan fatiga y que el desempeño en una amplia gama de pruebas cognitivas puede disminuir. No obstante, la interpretación de estos déficits de desempeño es problemática ya que el desempeño de las personas con latigazos cervicales también podría verse afectado por sus sensaciones de mareo, apatía y depresión, o incluso por una lesión cerebral leve. Por otra parte, el análisis del desempeño de sujetos saludables expuestos a condiciones de desorientación no ha logrado identificar ninguna disminución considerable. Sin embargo, los estudios de adaptación a los entornos que provocan desorientación sugieren que las condiciones de desorientación tienden a causar fatiga incluso cuando no provocan mareos, náuseas o angustia (Hettinger et al., 1990).

A pesar de la escasez de indicios experimentales sobre el impacto de la desorientación en el funcionamiento cognitivo, la particularidad de los déficits cognitivos de los que las personas con vértigo se quejan, más que una explicación emocional o motivacional, sugiere una explicación perceptivo-motriz o neuropsicológica. Una característica notable de las descripciones de las dificultades de concentración que dan aquellos que sufren de vértigo es la frecuencia con la que se identifica a las tareas perceptivo-motrices, que se dan a menudo inconscientemente, como las más problemáticas. En los testimonios anteriores, se señalan las tareas que involucran la percepción, como leer los labios y conducir, como una causa de dificultades, mientras que la torpeza física es vista como un ejemplo de los efectos del vértigo. En las descripciones sobre las dificultades que tienen los pacientes para concentrarse, se narran repetidamente los problemas específicos relacionados con las actividades que involucran la percepción visual:

> Había otro síntoma que también se me presentó junto con él [vértigo], la falta de concentración. Podía levantar eso [cuaderno] y leer las anotaciones allí. Pero no podía llegar al final de la página sin que mis ojos se quisieran detener, simplemente no querían saber. Tenía que obligarme a mí misma. Tenía que dejarlo a un lado más de una vez.
>
> Yo juego ajedrez; es decir, jugaba ajedrez, y era bueno. Iba al club de ajedrez, pero dejé de hacer todo eso porque empecé a perder la concentración y a perder muchos juegos… Tratas de ver el tablero y las cosas se mueven alrededor y piensas: «No, no puedo tolerar esto»… He estado tratando de leer, empiezas a leer la misma línea seis veces antes de llegar a la siguiente. Esa es la parte molesta, al parecer leo la misma línea en vez de avanzar con la siguiente.

Además, las personas con vértigo algunas veces son conscientes del esfuerzo mental que la orientación y la coordinación requieren de su parte:

> Estoy caminando y, de pronto, siento que debo concentrarme para caminar. El movimiento no surgía naturalmente. Si me dejo llevar, puede que me tambalee un poco. Algunas veces me levanto del escritorio después de haber estado escribiendo por un tiempo, y de verdad siento que tengo que pensar en caminar hacia la máquina de té.
>
> Algunas veces me doy cuenta de que cuando no me concentro, y me acerco demasiado a la calle o algo así, casi tambaleándome contra las ventanas, porque sabes

> que todo el tiempo tienes que hacer un esfuerzo consciente cuando estás caminando, especialmente en la calle, para mantenerte en marcha y no serpentear en la acera y cosas por el estilo.

A un nivel perceptivo básico, la función anormal del reflejo vestíbulo-ocular podría interferir con los mecanismos de control de seguimiento visual y los mecanismos oculares estabilizadores necesarios para leer y otras actividades que requieren una mirada atenta (como la descripción que insinúa el movimiento del tablero de ajedrez), mientras que la «falta de concentración», a la cual una entrevistada le atribuyó la tendencia a dejar caer las cosas, podría deberse a la descoordinación asociada con la pérdida momentánea del equilibrio. Además, es posible que el procesamiento cognitivo necesario para superar la desorientación pueda ocupar canales o estructuras especializados para el procesamiento visoespacial, lo que desarrolla junto con otras tareas mentales que poseen un elemento visoespacial una competencia por los recursos. Baddeley y sus colegas argumentan que ciertas actividades generan demandas específicas en los mecanismos centrales involucrados en procesar o almacenar temporalmente imágenes visoespaciales (Baddeley, 1990). Estas actividades incluyen tareas cotidianas como leer, conducir, y cualquier otra que requiera la manipulación mental de imágenes, como planos, mapas o diagramas de flujo. Existen pruebas de que los movimientos oculares atentos y controlados, los movimientos de la mano hacia objetivos espaciales y los seguimientos de las tareas auditivoespaciales interfieren de forma selectiva con la memoria visoespacial, presuntamente por introducir demandas conflictivas que requieren atención o capacidad (Baddeley y Lieberman, 1980; Baddeley, 1986; Smyth et al., 1988; Smyth & Pendleton, 1989). También se ha demostrado que mantener una postura erguida bajo condiciones de equilibrio difíciles interfiere de forma selectiva con el desempeño de las tareas visoespaciales (Kerr et al., 1985; Yardley, Lerwill, Hall y Gresty, 1992); mientras que la desorientación inducida al ver girar un disco parece interrumpir el procesamiento de una imagen visual de la misma forma en que afecta la percepción visual (Corballis y McLaren, 1982). Por lo tanto, parece posible que el esfuerzo continuo que se requiere para superar la desorientación, el desequilibrio y los reflejos vestibulares trastornados constituyen una pequeña pero constante demanda sobre los mecanismos que llevan a cabo el procesamiento de la información visoespacial.

Hacia un enfoque multidimensional del vértigo

Una consideración detallada de los mecanismos psicofisiológicos, cognitivos y conductuales, que podrían mediar la asociación entre las creencias y las emociones de las personas con el vértigo y la naturaleza de su sintomatología y la discapacidad, revela una multitud de posibles relaciones multidireccionales. Además de la posible contribución en mareos por excitación, hiperventilación, demandas cognitivas y atención a los cambios somáticos, que se han discutido en este capítulo, los síntomas físicos también podrían verse afectados por una conducta motivada por la ansiedad. El ejemplo más evidente es la forma en la que evitar actividades o ambientes desorientadores realmente previene la adaptación a la desorientación que estas situaciones provocan. No obstante, ésta no es la única razón por la que los mareos pueden, en parte, ser causados por reacciones de comportamiento temeroso. Por ejemplo, las personas que se sienten ansiosas o personalmente incompetentes son más propensas a adoptar una estrategia de dependencia de medicamentos para el control de sus síntomas; sin embargo, podrían prolongar así sus dificultades físicas (ya que los tranquilizantes y sedantes vestibulares tienden a retardar la compensación neurofisiológica). Alternativamente, rechinar o apretar los dientes de manera inconsciente, que es un componente bastante común de la respuesta psicofisiológica a circunstancias ambientales consideradas como estresantes, de hecho puede resultar en un vértigo considerable, entre otros síntomas (Rubinstein y Erlandson, 1991).

El análisis de la relación entre el vértigo y la ansiedad se complica debido a que, probablemente, las predisposiciones psicológicas y fisiológicas, las características de la enfermedad y las circunstancias inmediatas tienen efectos interactivos. Para una persona, una tendencia a preocuparse por la salud podría combinarse con fuertes reacciones autónomas a la desorientación para producir reacciones de pánico condicionadas al vértigo, lo que inicialmente causaría una disfunción del sistema del equilibrio. Otro individuo podría descubrir que la imprevisibilidad de las crisis y la misteriosa incapacidad para concentrarse son una fuente de ansiedad e inseguridad constante al tratar de lidiar con un trabajo exigente. En el siguiente capítulo, se abordará este complejo panorama teniendo en consideración un contexto social más amplio y el análisis de cómo las actitudes de otras personas, así como las demandas y oportunidades sociales y prácticas, pueden modificar aún más la experiencia del vértigo y los mareos.

CAPÍTULO 5

ACTITUDES, ESTIGMAS Y DISCAPACIDAD

ACTITUDES, ESTIGMA Y DISCAPACIDAD

> No soporto que haya personas a mí alrededor mirándome [cuando tengo un ataque] o cosas así. Necesito estar solo, en serio. Creo que sientes, ya sabes, si pudieras estar solo encerrado en una habitación, estarías muy bien.

Este testimonio expresa vívidamente la convicción que comparte la gran mayoría de los que padecen de vértigo: que el vértigo es fundamentalmente incompatible con cualquier tipo de relación social y por eso se sobrelleva de mejor manera cuando uno está solo. Algunos hacen una excepción con sus familiares, quienes les pueden brindar el consuelo y el apoyo que tanto necesitan.

> No quiero ver a nadie, solo quiero estar tranquilo. Sientes que solo quieres que alguien de tu familia te acompañe.
>
> Me refiero a que, mientras mi esposo esté allí, yo no tendría que preocuparme. Los primeros meses cuando me sentía muy mal, él llegaba a casa por la tarde, llamaba por teléfono a casa varias veces para asegurarse de que estuviera bien.

Sin embargo, una paciente comentó que se sentía aliviada por el hecho de vivir sola, ya que le daba la oportunidad para estar enferma en privado.

> Me iba a casa casi arrastrándome y por la mañana solía sentirme bien. A veces es agradable pensar que me siento muy mal, pero puedo ir a casa, caer como un tronco, dormir o recostarme o lo que sea y no incomodo a nadie en particular.

Por supuesto, hasta cierto punto este deseo casi instintivo de soledad se origina directamente en la misma desorientación y malestar. Por consiguiente, el aislamiento social se debe en parte a la inevitable respuesta al malestar físico y la incapacidad que el vértigo implica, así como la apatía, fatiga y depresión que son también elementos reconocidos del síndrome

de desorientación. Sin embargo, a partir de las explicaciones de aquellos que sufren de vértigo continuamente, parece ser que la aprehensión por el efecto que el vértigo podría tener en las relaciones es el principal motivo del aislamiento social. Asimismo, en el capítulo anterior se mencionó que, en una muestra de pacientes ambulatorios del hospital con trastornos vestibulares, la discapacidad estaba más asociada con miedo a pasar vergüenza o con no encajar en la sociedad, que con la ansiedad por el malestar físico de la enfermedad o por la discapacidad (Yardley, 1993a).

Las preocupaciones de las personas con vértigo en cuanto a su potencial impacto social se pueden entender mejor al referirse al concepto de «estigma» así como lo define Goffman (1963). Según Goffman, un individuo lleva un estigma si él o ella es incapaz por alguna razón de alcanzar los criterios estereotípicos de la sociedad en relación a lo que es normal. El estigma puede surgir entonces a partir de una desviación de las expectativas relativas a la apariencia, capacidades o comportamiento considerado normal por una identidad social en particular. Si esta desviación salta a la vista (por ejemplo, las deformidades físicas) la sociedad «desacredita» a la persona inmediatamente. Los estados de salud deteriorados que son menos obvios o que pueden disimularse (por ejemplo, la incontinencia) hacen que el individuo pueda ser «desacreditado», en el sentido de que su identidad social aparentemente normal es vulnerable. Las posibles adaptaciones a su estado para las personas que pueden ser desacreditadas difieren considerablemente de las disponibles para los ya desacreditados. Una persona desacreditada debe adoptar una identidad estigmatizada, mientras que los individuos que pueden ser desacreditados suelen preferir el esfuerzo y los riesgos que involucra el tratar de «pasar» como personas normales antes de aceptar la identidad estigmatizada. De modo intuitivo, es plausible que las personas con vértigo crónico sientan que puedan ser desacreditadas. En un momento u otro, sus mareos podrían impedir que realicen varias funciones sociales normales, y sin embargo podrían ser capaces de disimularlo al tratar de superar los mareos. No obstante, si el vértigo y las discapacidades resultantes se vuelven obvias o de hecho se revelan sin discreción, existe el riesgo de una verdadera estigmatización y la posible discriminación o humillación. En este contexto, resulta interesante que Nobbs (1988) mencione específicamente «la ansiedad provocada cuando la credibilidad de uno llega a ser cuestionada» como un miedo expresado con frecuencia por las personas que sufren la enfermedad de Ménière. Además, la forma en la que los pacientes

expresan sus deseos por evitar que sus mareos se vuelvan de conocimiento público, al comparar repetidamente la conducta «normal» y «natural» con el comportamiento «tonto» o «estúpido» provocado por el vértigo, sugieren enfáticamente que ellos la perciben como una enfermedad que, en potencia, puede estigmatizarlos:

> Mientras que tome mis pastillas en el debido momento, sabré que no haré el ridículo, y aún no lo he hecho, aparte de un ataque muy fuerte cuando estuve muy enferma. Agradezco que estuviera muy oscuro en ese momento.
>
> Mi mayor preocupación sobre el vértigo es que las demás personas me vean durante un ataque, por lo que podrían pensar. Sí que es terrible.
>
> Tú no llamas por teléfono a tus amigos, o algo por el estilo, y les dices: «Ah, tengo un ataque de vértigo». Simplemente no piensas en eso.
>
> No es en verdad el tema de conversación que quieres tener por ahí.
>
> Para serte honesto, son pocas las personas a las que les he contado sobre este problema. Solo intento seguir adelante sin contárselos. Sin embargo, debo contárselos cuando se dan cuenta de que hay ciertas cosas que no puedo hacer. Tal vez no pueda subir o bajar en un ascensor y entonces digo «Iré por las escaleras y te veo al llegar»… Tal vez me siento avergonzado al respecto, tal vez muy en el fondo pienso: « ¡Qué tonto! La gente piensa que no puedes ir por las escaleras eléctricas».

Como vemos, el último testimonio indica que las personas con vértigo podrían sentirse desacreditados por su inhabilidad para desarrollar actividades normales:

> Cuando intentas decirle a los demás que no puedes caminar por la calle, te miran como si fueras un estúpido, porque para ellos es algo muy natural.

Además, la mayoría de los pacientes con vértigo piensan que es difícil o imposible explicarle su inusual y, en cierto sentido, «invisible» enfermedad a los demás:

> Creo que a menos que se vea que tienes el brazo o la pierna rota, la gente no podrá notar que tienes una dificultad. Creo que a la gente le es muy difícil darse cuenta de que tienes un problema porque no ven nada malo, me refiero a que para los demás me seguía viendo sano.

> Creo que la gente se preocupa poco por la enfermedad porque, me refiero a que, bueno, no parecen preocuparse, a menos que ellos mismos estén enfermos. Creo que es difícil visualizar a alguien que no se siente muy bien todo el tiempo.
>
> No es el tipo de comentario que andas haciendo con todos: «Ay, caramba, casi me caigo en esos arbustos» o «Casi me vuelvo a caer mientras caminaba» o «Me caí de las escaleras» o algo así. Te sientes un poco extraño hablando sobre tus mareos y los sonidos que sientes en tu cabeza, ya sabes, no es una conversación normal. Pero, está bien si, ya sabes, si dices que tienes un terrible dolor en el cuerpo o en la espalda, ese tipo de cosas son normales.

Estos testimonios demuestran un conocimiento intuitivo de los parámetros que determinan cómo los demás suelen reaccionar frente a la conducta desviada, en particular, la intranquilidad provocada por desviaciones de la normalidad que no puede ser medida fácilmente por las discapacidades visibles o por los males comunes. Es por eso que muchas de las personas que padecen vértigo asumen que, al no existir una explicación obvia para su comportamiento anormal, las personas extrañas y los conocidos no mostrarán simpatía ni se mostrarán dispuestos a ayudar, lo que sí esperarían recibir las personas con discapacidades más comunes o evidentes:

> Honestamente, no creo que la gente corra a ayudarte. Creo que si estuvieras solo ahí parado, la gente se preguntaría porqué lo haces.

De hecho, las reacciones más comunes de los transeúntes frente a una crisis de vértigo en público que han sido reportadas son el desconcierto y el alejamiento. Esto provoca un profundo sentido de aislamiento y humillación por parte de las personas con vértigo:

> Estaba tambaleándome, entonces todos se detenían a mirar cómo me tambaleaba y nadie venía a cogerme de la espalda y prevenir que me cayera. Todos continuaban con su camino y nadie se acercó a preguntarme « ¿Estás bien?».

Mientras que el estigma que viene junto con las desviaciones de la conducta normal causada por el desequilibrio es suficiente para provocar la vergüenza social, un problema adicional al que se enfrentan las personas con una discapacidad muy poco conocida como el vértigo es el riesgo de que las personas asuman de manera errada la causa de su comportamiento.

> Creo que si has hecho planes para salir y luego tienes que cancelarlos porque sufres un ataque, es muy difícil que cualquiera lo pueda entender a menos que hayan sufrido uno. Seguramente pensarán que es una excusa, nunca lo han dicho, pero tú te preguntas si es eso lo que ellos sienten: «No, en realidad no quería ir».

Particularmente, la cualidad intrínseca que estigmatiza del vértigo se ve aumentada en gran parte por la alta probabilidad de que el vértigo se confunda con una enfermedad que cause un estigma más grave, como la ebriedad en público o el alcoholismo. Los testimonios de muchos pacientes confirman que no es un miedo poco realista:

> Siempre hay un comentario cuando hago una broma acerca de mi situación como: «ah, bueno, yo puedo marearme con un vaso de jugo de naranja». Siento que piensan algo como: « ¿Se está dando a la bebida sin que nos demos cuenta?» Eso me preocupa porque, al ser alguien que difícilmente bebe, no es agradable andar con esos cometarios a cuestas.
>
> Me refiero a que sé que hay personas que piensan que existen personas que han estado en un bar todo el día. Quiero decir, si de vez en cuando pierdes un poco el equilibrio, ellos de inmediato dicen «has estado… ya estás un poco más que picado» o algo así. Es decir, ni siquiera has tomado un trago, hubiera sido agradable tomarte uno, pero ni siquiera lo has olido. Un día mientras caminaba en una tienda me choqué con una mujer y le dije «ay, lo lamento, perdí el equilibrio », y ella me respondió «Sí que lo vas a lamentar».

Las atribuciones erróneas sobre la causa del desequilibrio, como nos muestra el testimonio anterior, pueden transformar las reacciones de los extraños y pasar de la incertidumbre y la evasión a la total condena o incluso al antagonismo. Los pacientes con vértigo son conscientes de que los síntomas tienden a ser asociados a los efectos del alcohol si las circunstancias así lo permiten, es por eso que las crisis que ocurren en una fiesta o en un bar tienden a malinterpretarse:

> Cuando pierdes el equilibrio, las demás personas van a pensar, especialmente si estás en una fiesta, que estás ebrio… esto está sucediendo en público en un lugar en el que hay alcohol [lo que es preocupante], y yo pienso: «Bueno, no quiero tener ese tipo de reputación».

Factores como la edad, la apariencia y la hora del día también influyen en las interpretaciones que hacen los extraños de una que alguien sufre en la calle. Como resultado, un adolescente que desarrolló la enfermedad de Ménière (bastante inusual, pero no desconocida a su edad) descubrió que las reacciones de los transeúntes tendían a ser hostiles:

> Algunas personas se horrorizan, no saben qué hacer. Si ven a alguien y creen que el alcohol les ha causado esto, entonces dirán: «Bueno pues, ahora aguántate». Creo que primero te evitarán en la calle, te sentirás terriblemente enfermo y las personas simplemente pasarán de largo porque pensarán que estás ebrio. Varios de los que me vieron pensaron que estuve tomando alcohol. Si tenía un ataque en la calle, lo único que recibía eran comentarios.

Existen varias formas en las que las personas reaccionan ante la posibilidad de la estigmatización. Algunas están decididas a vencer el estigma luchando contra la ignorancia sobre el vértigo que enfrentan:

> Por un muy buen tiempo, usé un brazalete de identificación médica con una anotación que literalmente decía: «No estoy ebrio, estoy teniendo un ataque de la enfermedad de Ménière».
>
> Creo que la simpatía y el apoyo son importantes [durante una crisis]. Siempre le digo a la gente que piensa que estoy ebria: «Bueno, mira, lo siento, pero tengo un problema». Por ejemplo, cuando estoy en una oficina suelo decirle a la gente: «Tengo náuseas, hay unas pastillas en mi cartera y déjenme sola».

Tras explicar su enfermedad, muchas personas se dan cuenta de que recibían ayuda generosa y comprensión solidaria. Una estrategia adicional, que podría ayudar a reducir la sensación de inseguridad personal que puede provocar una posible estigmatización, es buscar la compañía de aquellos a los que Goffman denomina como «sabios»; es decir, personas que también padecen la enfermedad. Las personas que han experimentado los mismos problemas pueden brindar un apoyo muy valioso, no solo porque no existe ningún tipo de vergüenza o estigma ligado a las dificultades que comparten, sino también porque la información que proporcionan es más precisa que la que reciben de aquellos que no están familiarizados con los malestares (Cohen, 1992). Muchas personas dijeron que ellos sentían que era o hubiera sido beneficioso poder hablar de su situación con otras que también padecen la enfermedad:

> Fue agradable conocer a alguien que también sabía cómo era esto o que conoce una experiencia similar, y poder entender un poco sobre ella. Fue interesante conocerlo y conversar con él, me sirvió de mucho en cierto modo… Fue agradable conversar con alguien que en serio entendía lo que pasaba porque está muy bien describirle tus síntomas a alguien, pero a menos que esa persona los esté sufriendo, no entenderá de verdad lo que es pasar por esta experiencia.
>
> Podría haber recibido ayuda desde un inicio si hubiera podido contarle a alguien más [que también fuera un paciente]. Si pudiéramos conversar entre nosotros, podríamos descubrir qué anda mal con el otro y estaríamos ayudando a alguien.

Sin embargo, la incomodidad general que produce la estigmatización es tal que la mayoría de personas con vértigo prefiere intentar ocultar su dolencia, excepto a sus familiares o amigos más cercanos:

> Solo se lo digo a quienes les podría afectar. No se lo ando contando a todo el mundo, ya sabes.
>
> Trato de no hablar acerca de eso. Creo que es incómodo cuando las personas tienden a recordártelo y te dicen «Bueno, ¿cómo estás? » y « ¿Ya te sientes mejor o no?» y tienes que explicarles.

Esta estrategia da lugar al dilema en el que un episodio inesperado de vértigo podría debilitar su identidad «normal» en cualquier momento y requerir que personas cercanas a quienes padecen de vértigo se enteren e involucren. Un método para hacerle frente a este problema es presentar una razón alternativa más aceptable en el ámbito social para cualquier lapsus temporal en el comportamiento normal:

> Solo digo que no me siento muy bien porque, a menos que esté frente a alguien que ya conozco, resulta ser un tema muy complicado de explicar. Simplemente digo «Estoy un poco mal, no me siento muy bien, debo estar a punto de caer enfermo».

Otra solución muy común es involucrar de modo selectivo solo uno o dos parientes o amigos cercanos en quienes se puede confiar en caso de necesitar una ayuda discreta:

> Nunca salgo con un amigo ni nada parecido, siempre salgo con L [esposo] porque él me entiende y ya sabe cómo es esto.
>
> Si llamo por teléfono a una amiga y me dice «Oh, iré con fulanito y fulanita», le digo «Bueno, te diré cómo me siento y así no tendré que dar explicaciones a los demás sobre lo que me ocurre». Odio que eso suceda.
>
> Cuando tienes el apoyo de tu esposo o esposa, entonces no es tan difícil sobrellevar esto porque pueden salir juntos y puedes agarrarte de su brazo. Y así no es tan malo.

Goffman describe esta táctica de forma precisa, y señala que se espera que estos confidentes cumplan con una serie de tareas, dentro de las cuales se incluye ayudar al individuo estigmatizado a «pasar» como un individuo normal. De este modo, las personas que padecen de vértigo evitan mostrar que están sufriendo algún mareo al apoyarse en el brazo de un familiar cuando se sienten inestables o pueden confiar en que sus confidentes inventarán excusas plausibles para llevarlos rápido a casa si ocurre una crisis en público.

A pesar de estas soluciones parciales al problema de la estigmatización, tal como lo sugiere la correlación entre la discapacidad y el miedo a la inadecuación social, muchas personas suelen angustiarse tanto con las dificultades sociales que acompañan una crisis de vértigo, que simplemente tratan de evitar situaciones en las que podrían resultar desacreditadas:

> Si es posible prefiero no involucrar a los demás en una situación en la que seré una carga para ellos.
>
> Cuando vamos a comer algo, prefiero no aceptar la invitación a salir porque nunca sé cuándo me sentiré mal y no quiero molestar a los demás. Una vez cuando estaba en la casa de un amigo me dio un ataque y todos se quedaron desconcertados, no sabían qué hacer. Sin embargo, mi esposo dijo: «Dejen que se recueste un minuto, no se siente tan mal». Pero por supuesto, eso los espantó. Parecía como si estuviera ebria y unos cuantos ya han dicho: «Estuvo bebiendo de nuevo» cuando, ya sabes, ni siquiera bebo alcohol. Puedes explicárselo a los demás pero creo que no lo entenderían a menos que ellos sufrieran un ataque como tú. Es una situación muy, muy difícil. Así como cuando estás caminando y caminas así [realiza gestos de balanceo] la gente te mira de cierta forma, sabes.

En efecto, evitar actividades y roles sociales puede traer serias consecuencias perjudiciales tanto para el individuo involucrado como para su familia. Además, cuando estas dificultades interfieren con los roles y exigencias laborales, las consecuencias pueden darse, sobre todo a largo plazo. En la siguiente sección, se detallan los problemas relacionados con el trabajo que los pacientes de vértigo podrían encontrar.

Dificultades laborales

Para la mayoría de personas que padecen de vértigo, la determinación para ocultar y aparentar ser normal es aún más fuerte en el contexto del trabajo que entre amigos o extraños. Por ejemplo, un hombre que por lo general era abierto sobre su situación, comenta: «Creo que si les explicas a los demás el problema, lo entenderán»; no obstante, admitió lo siguiente:

> Digamos que en mi trabajo debo mantenerlo como un secreto [que padezco de vértigo]. Si estuviera frente a mi jefe u otras personas con las que trabajo, no les mencionaría ni una sola palabra del tema.

Sin embargo, la exposición social diaria que conlleva el entorno laboral y la necesidad constante de movimiento, viajes, y actividad física y mental, resultan en un alto riesgo de desprestigiar a los que sufren de vértigo. Debido a que pocas personas que padecen de vértigo llegan a ocultar con éxito las dificultades que puedan tener en el trabajo, la mayoría se ve obligada a lidiar con las consecuencias de haber revelado su padecimiento. Muchos han notado que sus colegas y empleadores les brindan apoyo e incluso hasta adoptan el rol de confidentes, que suele ser asumido por los familiares en casa:

> Las chicas que se encuentran a mi cargo [en el trabajo], se portaron muy bien conmigo. Yo decía: « ¡Dios mío! Me está dando un ataque raro» y ellas trataban de ocultarlo, lo solucionábamos en conjunto. Fueron muy buenas conmigo.

Otros no tienen la misma suerte y experimentan un sinfín de formas de estigmatización que incluso terminan por generarles una presión implícita o explícita para que renuncien a sus trabajos:

> Ellos [los colegas] solían perder el tiempo. Decían que estaban enfermos para poder tomarse el día libre; pero en realidad nosotros sabíamos la verdad, sabíamos lo que hacían. Así que cuando empecé a tener los ataques de vértigo, mis colegas pensaron que yo estaba haciendo lo mismo que ellos, pero no era cierto. El supervisor también se lo preguntaba, porque yo lucía muy bien tanto antes como después del ataque. No era muy agradable porque yo sabía que estaba diciendo la verdad. Una o dos veces sí pensé: «Al diablo con ellos, voy a renunciar». Una encargada sénior del departamento de Bienestar Social, me dijo un día: « ¿No has pensado en una jubilación anticipada por este problema [del vértigo]? » y yo le respondí: «No, de verdad que no lo he pensado". Entonces me contestó: «Está bien…» y luego tuvimos una conversación acerca del tema y al final me dijo «Bueno, piénsalo…».
>
> Hay otros [colegas en el trabajo] que te dicen, esto… «No deberías estar trabajando», «No deberías estar aquí», «No deberías tener un puesto de responsabilidad», «No deberías estar conduciendo», por mencionar solo algunos ejemplos. Quieren deshacerse de mí, quieren sacarme del camino porque los preocupa, los avergüenza. Mi empleo está en riesgo, quieren que me jubile con la excusa de que estoy enfermo. [Me sentía] Un hombre sano con una familia joven y ahora todo se arruinó, ¿qué voy a hacer? «Todo va a estar bien» [me repetía a mí mismo]. Puedo seguir trabajando, puedo continuar con mi turno de trabajo, no hay problema, he tomado mis medicamentos, estaré bien», cualquier cosa para asegurarle a todos que estaría bien y que todo en el trabajo estaría bien.

Así como muestran estos testimonios, la respuesta de mucha gente es redoblar sus esfuerzos para demostrar que tienen la habilidad para cumplir con los roles y tareas normales. Sin embargo, algunas personas que padecen de vértigo piensan que es inútil soportar la tensión y el estrés producto de intentar vivir a la altura de los requerimientos prácticos y sociales de su ocupación. Según una encuesta de cien pacientes examinados en una clínica hospitalaria para personas con trastornos vestibulares, la mitad de ellos declararon tener dificultades ocupacionales y el 11% de la muestra cambió de empleo o lo dejó por completo debido al vértigo (Yardley y Putman, 1992). En un segundo estudio de ciento veintisiete pacientes externos, dos tercios de los que trabajaban declararon que el vértigo les causó problemas en el trabajo y diez fueron obligados a cambiar el tipo de trabajo que realizaban; mientras que entre los cincuenta que estaban desempleados, trece habían dejado de trabajar debido al vértigo. (Yardley, Verschuur et al., 1992).

La compatibilidad entre el vértigo y el empleo continuo se encuentra determinada por una variedad de factores. La incapacidad de llevar a cabo tareas necesarias, como conducir o trabajar en alturas, junto con la inasistencia repetida e impredecible al trabajo suele crear una relación incómoda entre empleadores y colegas, lo que puede constituir por sí mismo una razón para renunciar al trabajo, ya que la precariedad del estado ocupacional del paciente con vértigo podría ser una causa de ansiedad persistente:

> Sientes que, o sea, te preguntas por cuánto tiempo te tendrán en ese trabajo que te acaban de dar. Me refiero a que algún día alguien dirá: «Bueno, podemos continuar sin él, tenemos que reducir personal y es el primero que debe marcharse». Así es cómo uno se siente ahora.

Algunos pacientes deciden dejar su trabajo a causa del estrés y la fatiga provocada por su salud frágil. Sin embargo, otros están preocupados principalmente por su incapacidad para llevar a cabo tareas ocupacionales:

> Me molestó y pensé que sería estúpido poner a otra persona en mi puesto y por eso no acepté el trabajo.
>
> He dejado de enseñar porque creo que la profesora debe ser capaz de hacer lo que les dice a sus alumnos que hagan, y es ridículo que no pueda recostarme en el suelo, porque es necesario que lo haga para poder enseñar.

Resulta interesante que mientras muchas personas con discapacidades permanentes y reales optan por luchar contra la estigmatización ocupacional haciendo valer los derechos de las personas con discapacidad, la mayoría de las personas con vértigo son muy conscientes de la perspectiva del empleador:

> Siempre tengo la sensación de que si contratas a alguien, esa persona no puede generarle gastos a la empresa por estar siempre enfermo. ¿Cuántas empresas pequeñas estarían dispuestas a arriesgarse de esa manera? Ninguna, ¿verdad? Por eso me siento afortunado de trabajar en una empresa grande.
>
> Estuve mucho tiempo con descanso y ellos no pudieron... Era una empresa pequeña y ellos necesitan el mayor número de empleados que puedan tener. Yo estuve tanto tiempo con permiso de descanso que no pudieron tolerarlo, así que tenían que conseguir a otra persona para que ocupara mi puesto. Los comprendí, ellos tienen el derecho de hacerlo porque no pueden dejar que su empresa se estanque porque yo estoy enfermo.

En el caso de las personas con discapacidades temporales y parciales, como las causadas por el vértigo, estar de acuerdo con la lógica y las actitudes de los antiguos colegas podría funcionar como protección frente a la estigmatización en una forma distinta, al hacer que el individuo se identifique con el común de la sociedad, en vez de con un subgrupo de discapacitados.

Sin embargo, para aquellos que se ven obligados a dejar de trabajar debido al vértigo, el impacto del cambio en los roles sociales sumado a la pérdida repentina de ingresos podría tener un impacto a largo plazo, así como nos lo explica un paciente que trabajaba como chofer:

> Estoy relegado al rol de cuidar la casa, cuidar al niño y cosas de ese tipo. Los problemas económicos y todo lo asociado a no tener empleo es un problema muy grande. Yo solía trabajar por muchas horas, la mayoría de veces seis días a la semana, así que no tenía mucho tiempo libre, aunque cuando lo tenía lo disfrutaba mucho. Pero ahora estoy limitado a hacer lo que puedo, que en general consiste en ayudar con las finanzas. En mi matrimonio tuvimos un problema, pero en realidad no se debió al hecho de no poder salir y socializar, sino más que todo al estrés que yo tenía porque no trabajaba, porque era incapaz de hacer un montón de cosas. Los problemas económicos crecen y todo se sumaba.

En la siguiente sección se examinan los efectos del vértigo en la familia, y las reacciones de la familia al problema del vértigo.

Vértigo y familia

La gran mayoría de personas con vértigo declara que unos cuantos familiares (o algunas veces amigos cercanos) constituyen su principal fuente de apoyo y que su ayuda es invaluable. Los testimonios de individuos casados y viudos sugieren que el cónyuge, en particular, juega un rol central haciendo posible que mantengan un estilo de vida bastante normal. Así como se mencionó al inicio de este capítulo, estos «confidentes» ayudan a la persona con vértigo a «pasar desapercibida» y parecer normal ante los demás, además de sobrellevar las actividades cotidianas.

A veces el apoyo de los confidentes en realidad consistirá en ayudarlos, literalmente, a nivel físico: requerirán de un hombro en cual apoyarse o ayu-

darlos a subir las gradas o ir a casa. No obstante, la naturaleza de la ayuda que puedan brindar los familiares o amigos cercanos es diversa, así como lo ilustran los testimonios de cuarenta personas que sufren la enfermedad de Ménière a la pregunta: « ¿Tu confidente es capaz de hacerte sentir mejor cuando estás molesto? Si es así, ¿cómo lo hace?» (Austin, 1992). El simple hecho de saber que, si una crisis de vértigo sucediera repentinamente, habrá alguien que entienda el problema y brinde ayuda práctica, puede ser suficiente para darles la confianza a los pacientes para que continúen con las actividades y roles sociales que consideran valiosas. Varios encuestados indicaron que sus confidentes los ayudaron «simplemente estando ahí», «tan solo saber que hay alguien ahí es suficiente para mí». Mucha gente también resaltó la forma en la que su confidente los apoyó «siendo solidarios conmigo y ayudándome a no sentirme culpable si no puedo hacer las cosas», «brindándome su apoyo y siendo totalmente comprensivos», «mi confidente es solidario y trata de mantenerme animado» (Austin, 1992, Apéndice 8). Otros declararon de forma favorable que dicho apoyo emocional se complementó con apoyo tangible o instrumental: «ayuda práctica con las labores cotidianas», «es paciente, comprensivo y una gran ayuda cuando, literalmente, me encuentro en el piso», «apoyo moral y práctico, por ejemplo cuando realizo las tareas del hogar y tengo un ataque, mi confidente me cuida».

Las investigaciones sobre los beneficios físicos y mentales del apoyo social indican que la familia jugaría un rol particularmente importante al proteger a los individuos del estrés que produce la enfermedad (Argyle, 1992). Jacobs (1992) sugiere que es importante mantener una comunicación abierta y compartir la solución de los problemas, y muchas de las respuestas de la encuesta de Austin confirmaron que una de las principales formas mediante las que los confidentes pueden ayudar a los pacientes de vértigo fue «simplemente escuchar», «hablar de los problemas mientras se presentan», «solo con estar dispuesto a conversar y sacar mis pensamientos más íntimos» «al estar ahí, siendo solidario y reanimador», «siendo realista sobre cuándo necesito descansar y cuando necesito estar activo». Así como lo sugieren los comentarios anteriores, una de las funciones principales de esta comunicación es facilitar la negociación y el planeamiento de cambios en los roles y patrones de la repartición del trabajo que la enfermedad podría requerir (Corbin y Strauss, 1985; Jacobs, 1992). Además, las conversaciones con los confidentes pueden brindar un «apoyo de apreciación» (Schwarzer y Leppin, 1992). De este modo, los individuos cercanos al paciente lo ayudarían a

evaluar la extensión del peligro que enfrentan, a identificar posibles formas efectivas de sobrellevarlo, o a construir un significado positivo en su situación. Resulta interesante que muchos confidentes utilicen la técnica de hacer «comparaciones descendentes» con personas que tienen peores problemas con el fin de animar al paciente, según las descripciones del apoyo de apreciación dado por los encuestados por Austin:

> [El confidente me ayuda cuando estoy alterado...]
>
> Cuando conversa conmigo sobre aquello que aún puedo hacer y lo mucho que puedo lograr a pesar de la discapacidad por la enfermedad de Ménière y lo peor que podría ser.
>
> Cuando me escucha, en particular, cuando me dice que hay otras personas con problemas más serios y me sirve una taza de té.
>
> Cuando me deja si es necesario y me recuerda que otras personas (como amigos, parientes, etc.) se encuentran en peores circunstancias.

En una investigación sobre mujeres con cáncer, Taylor (1983) observó que hacer comparaciones descendentes parece ser un método importante para reforzar el sentido de control sobre la enfermedad y aumentar la autoestima. Además, algunos familiares utilizan declaraciones explícitas para brindar lo que Schwarzer y Leppin (1992) llamaron «apoyo a la autoestima» y para asegurarse de que la enfermedad crónica no debilite el sentido de identidad y de valor del paciente:

> Mi esposo me recuerda lo que valgo para nuestra familia, mientras que mi mayor preocupación es que me esté volviendo una carga. Me dice que sigo contribuyendo con la familia, y eso es muy importante para mí.
>
> [La ayuda de mi confidente] Resalta que su amor o amistad no depende de mi salud, por ejemplo al «permitirme» estar enferma.

La tarea de brindar apoyo tiene un precio. Ciertamente, la angustia de los cónyuges de personas con enfermedades crónicas tiende a relacionarse con la angustia de los mismos pacientes y a menudo llega a ser de la misma magnitud (Coyne y Fiske, 1992). Además, la carga del estigma y de la discapacidad podría caer con el mismo peso tanto sobre la familia como sobre el individuo. (Anderson y Bury, 1988). Jacobs (1992) declaró que las enferme-

dades crónicas generan problemas de «regulación de límites» dentro de la familia. Los miembros de la familia podrían estar obligados a sacrificar una proporción significante de su tiempo y de sus metas para hacerse cargo de tareas adicionales que la discapacidad de su familiar genera. Estas tareas adicionales pueden ser cotidianas (quehaceres domésticos, las compras, incluso trabajos remunerados) o el trabajo específicamente generado debido a la enfermedad (ayudar a bañar o desplazar al enfermo, acompañar al familiar a citas con el médico). Jacobs también destaca que la enfermedad crónica, caracterizada por la imprevisibilidad, podría perturbar las actividades familiares en particular, así como lo confirma el siguiente testimonio:

> Obviamente no podemos adelantarnos a hacer planes, por ejemplo a salir por la noche, porque nunca se sabe cómo me sentiré ese día. Puedes hacer planes con tres o cuatro días de anticipación, pero no antes. No puedes planear nada para dentro de un mes o un par de meses porque podrías no… Yo nunca podría garantizarte que estaré bien para salir.

Además, es posible que los miembros de la familia no puedan tener actividades gratificantes debido a la incapacidad de su familiar afectado para poder acompañarlos. Por lo tanto, la restricción de actividades y la limitación del contacto social producto de la enfermedad resultaría en un cambio sustancial en el estilo de vida de aquellos que son cercanos al paciente, lo que podría afectar tanto su calidad de vida como al apoyo social disponible para ellos:

> Algunas veces arruina los planes. Solíamos ser muy activos, pertenecíamos a un club de excursiones, también participábamos en bailes en grupos. Teníamos una buena vida social y la seguimos teniendo pero de una forma distinta. Tuvimos que cambiar un poco nuestras actividades, ya sabes por qué [vértigo].
>
> También alteró un poco su vida [la del esposo]. Solíamos hacer algunas cosas juntos, hacer largas caminatas, pasear en el auto. Ahora no puedo ir en el auto porque me hace sentir mal o empiezo a sentirme mal. Los fines de semana íbamos a Manchester, conducíamos hasta la casa de unos amigos y todo eso. Ahora ya no puedo hacerlo más.

Si el cónyuge comparte la discapacidad, la ansiedad y el sentido de impotencia asociados al vértigo, él o ella será propenso a compartir los sentimientos consecuentes de frustración y desánimo:

> Bueno, él [el esposo] también se siente limitado. Además, cuando tengo los ataques, él se desespera porque no puede hacer nada por ayudarme y entonces puedes ver que él está nervioso y tenso.

Mientras que la mayoría de las familias son capaces de llegar a una solución en común para estos problemas, la presión causada por el vértigo recurrente puede traer serias consecuencias. Tal es el caso de un joven con la enfermedad de Ménière quien confesó lo siguiente:

> Pienso que para ella [su esposa] fue tan estresante como para mí en muchos aspectos. Supongo que eso terminó, o ayudó a terminar, con mi matrimonio, porque hubo veces, bueno, todo un año en el que estuve muy mal y no podía ayudar.

La toma de conciencia del costo que implica apoyar a alguien que padece una enfermedad crónica hace que algunas personas con vértigo tiendan a ocultar sus dificultades hasta cierto punto, incluso a su confidente más cercano:

> Trato de no ser muy obvia cuando estoy con él [su esposo], sé que eso lo desanima.
>
> Con frecuencia, ni siquiera le digo a mi esposo cómo me siento porque parece que siempre me siento así y no digo nada, hacer eso genera tensión.

Además, el cónyuge no siempre se muestra del todo comprensivo. La frecuente ausencia de resultados positivos en los exámenes o diagnósticos así como la naturaleza vaga e impredecible de la sintomatología pueden incrementar las dudas con respecto a la autenticidad de la enfermedad. Esto sucede incluso en las mentes de los familiares cercanos, tal como lo descubrieron dos mujeres que al final recibieron un diagnóstico fiable de disfunción del sistema del equilibrio:

> Creo que él [su esposo] piensa que a veces yo misma lo provoco porque estoy alterada y entonces me da.
>
> Mi esposo simplemente dejó de hacerle caso porque nadie pudo dar una respuesta. Era obvio que yo lo provocaba, nada más. Creo que él pensaba que yo podría olvidarlo y que así desaparecería.

Es posible que estas reacciones constituyan otro ejemplo en el que «se culpa a la víctima» de forma no intencionada (ver capítulo 2), lo que surge

debido a los constantes problemas al parecer sin resolver, que guardan relación con el vértigo recurrente. Harris (1992) describe que algunas veces los confidentes dejan de brindar su apoyo cuando estas crisis repetitivas resultan en lo que para ellos parecen ser excesivas peticiones de auxilio, y que el rechazo por parte de la persona de quien se esperaba recibir ayuda es el tipo de crisis de apoyo social más preocupante. Harris también añade que las críticas del confidente toman la forma de acusaciones contra la forma exagerada en la que se reacciona al estresor o a que no se puede sobrellevar la situación de modo adecuado. Desde luego, la presión generada por tratar de adaptarse a las exigencias que el vértigo origina de vez en cuando tendrá como resultado que se les acuse de provocarse a sí mismos las crisis debido a la hiperactividad o, por el contrario, a la hipocondría. Cuando estas acusaciones contradictorias están dirigidas al individuo mismo, el clásico conflicto interno que experimentan las personas con vértigo respecto al óptimo balance entre el descanso y la actividad empeora:

> Te sientes culpable por no poder cocinar porque, sabes, tu esposo ha estado trabajando todo el día. Me siento muy culpable. Mi esposo llegará a casa y se enfadará conmigo porque intenté hacerlo [preparar el almuerzo], lo que origina un problema. Él es muy bueno, me cuida mucho, mientras no intente cocinar. En verdad, él es muy bueno, ayuda con la comida y otras actividades, me pregunta si el ruido de la aspiradora me fastidia. Si tuviera un ataque el fin de semana mientras está en casa, él tendría que hacer todos los quehaceres, cuidarme y preparar el almuerzo. [Luego] estaría harto porque el lunes tendría que volver a trabajar y podría mencionarlo durante la semana: «Todos los fines de semana tienes que ponerte mal» o algo así.

Los costos psicológicos de tener que depender de la ayuda de la familia o de los amigos no se limitan a aquellos que brindan ayuda. Depender de alguien restringe las posibilidades de actividad de muchas maneras frustrantes, que pueden ser pequeñas, pero que se van acumulando:

> No puedes ducharte a menos que alguien esté ahí. Por las mañanas, tienes que levantarte temprano para bañarte antes de que tu esposo se vaya a trabajar o tienes que bañarte en la noche antes de acostarte.
>
> Sueles esperar hasta que alguien pueda salir contigo. Me refiero a que ese es el problema principal.

Al ser tan dependientes, muchas de las personas que padecen de vértigo también se sienten incompetentes, humilladas o culpables:

> No me gusta que mi esposo tenga que llevarme al baño. Creo que aunque sea [él], me resulta muy humillante. En serio, me parece muy degradante. Eso de verdad afecta tu confianza.
>
> No puedes restringir a los demás de sus actividades todo el tiempo porque al final, eso es lo que terminas haciendo al decirles: «No me dejen sola» o «Por favor, acompáñame». Es una situación muy difícil.
>
> Dependes tanto de otras personas que te duele porque estás perdiendo toda tu independencia. O sea, a menudo me harto de estar en casa y pienso: «Bueno, iré a casa de mi mamá» y después pienso: «Ah, durante el día tengo que decirle a mi esposo que me acompañe», a él no le molesta, nunca se queja. O tenemos que ir al hospital [para mi terapia de lenguaje]. He estado asistiendo dos veces por semana, a veces tres. Él tiene que dejar de hacer todo lo que está haciendo y acompañarme. Siempre dependes de alguien, por más buenas personas que sean, todo el tiempo sientes que eres una molestia para ellos. Me refiero a que yo daría cualquier cosa por ir al centro de la ciudad de vez en cuando, dar una vuelta, ver las vitrinas de las tiendas; pero siempre tengo que pedirle a alguien que me acompañe, y cuando por fin salgo, el bus me provoca malestar y me arrepiento de haber salido.

La incapacidad para cumplir con las responsabilidades habituales como padres o abuelos que se produce debido a la discapacidad, a veces se describe como una razón de culpa o humillación (el primero de los siguientes testimonios es el de una mujer que no puede conducir, ya que sufre de vértigo):

> Mis amigos manejan y yo dependo ya sea de ellos o de mi esposo. Él es muy bueno, me lleva a todas partes; pero eso significa que su vida debe girar en torno a la mía y ahora que tengo hijos, todo es más complicado. Incluso al no poder conducir, siento que estoy defraudando a mis hijos de algún modo porque ellos dejan de hacer sus cosas. Mi amiga lleva a sus hijos a nadar, simplemente va y no tiene que depender de su esposo para que los lleve. Creo que de cierta forma mis hijos se están perdiendo de algo.
>
> Me afecta mucho. Mi nuera tiene dos hijos pequeños y siento que ellos no me piden que los lleve en el auto así como se lo piden a su madre porque tienen miedo de que cuando los lleve, sufra un ataque. De alguna forma, eso me hace sentir mal.

Se hacen esfuerzos particulares para tratar de cumplir con los roles como padres, no solo en el sentido práctico sino también al ocultar el estigma del vértigo cuando los hijos están presentes; por ejemplo, en actividades escolares, matrimonios o salidas familiares. Las relaciones con los niños parecen caer en una categoría ambigua, que se encuentra entre los confidentes de cuya ayuda el paciente depende y las personas comunes de las que no se espera que conozcan el problema o que brinden ayuda. Goffman (1963) explica que los niños pequeños se consideran, por lo general, como muy inseguros o vulnerables para recibir información acerca de la enfermedad de un familiar, y muchas personas con vértigo confirman que intentan ocultarles a los niños la condición que los estigmatiza:

> Lo ocultamos de los niños por un buen tiempo con alguna excusa como: «Papá tiene malestar estomacal» o «A papá no le cayó bien algo que comió».
>
> Intento actuar lo más normal posible cuando estoy con mis nietos. Trato de que los niños no se den cuenta. No quisiera que tengan miedo de acercarse a su abuela porque podría caerse.

De hecho, una mujer describió sus impresiones acerca de las actitudes cambiantes de sus hijos en crecimiento en términos de una secuencia de estigmatización cada vez más sofisticada.

> Llegó un momento en el que se preocuparon mucho porque su mamá se seguía cayendo. Si alguna vez me ocurriera [una crisis en público] con mis hijos presentes, creo que ellos se sentirían avergonzados, muy mortificados y me repudiarían. Ahora que están más grandes tal vez piensen que tomo vodka a escondidas.

Incluso cuando los hijos de los pacientes alcanzan la adultez, los padres se muestran reacios a dejar la actitud protectora hacia ellos. Cuando se revela la información acerca de los problemas del individuo a los hijos, algunas veces existe la preocupación de que estas caídas se perciban como «inconvenientes», como una «carga», o una imposición que ellos no desean. Como consecuencia, los testimonios acerca de las reacciones de los hijos adultos al vértigo muestran que, a pesar de que por lo general son de mucha ayuda, pueden ser menos sensibles y menos comprensivos que el cónyuge. Por ejemplo, una mujer que enviudó hace poco describió a su familia como «una familia comprensiva»; sin embargo, en comparación con el apoyo que le

brindaba esposo con quien tenía una relación muy estrecha y de quien antes dependía, en cierto modo se mostró un poco reacia a pedirle ayuda a su hijo. Además, la respuesta de él al parecer fue un poco tosca:

> Cuando me dio la enfermedad de Ménière la otra vez, mi hijo estaba divorciándose. Estuve tan alterada por su situación que no se me hubiera ocurrido volver a tocar el tema, pero sí se lo mencionaba y en realidad yo le restaba importancia porque no quería que mis hijos se preocuparan por mí. Suena muy noble pero tal vez sea porque no quiero que ellos piensen que no me las puedo arreglar sola. ¡En realidad, quizás sea un poco egoísta!… [Cuando ella vivía sola, tuvo un ataque severo] Me aterraba subir las escaleras sola porque podía resbalarme y necesitar que alguien me atienda, entonces me parecía más prudente pedirle a alguien que me ayude a subir las escaleras en lugar de correr el riesgo de caerme. Así que lo llamé por teléfono [al hijo], vino con un amigo y entraron juntos. [El hijo] Él no entiende para nada y ¿cómo podría? Nadie puede entenderlo a menos que lo haya experimentado y ninguno de los muchachos [risas] de su edad puede entenderlo… él ya no es un niño, ¿cierto? Pero cuando se topa con algo que no entiende, hace una broma. De hecho, eso me avergüenza. Aquel día me dijo: «Has estado bebiendo», y en realidad yo no bebo y él sabía que no me iba a molestar que dijera eso… así que le seguí el juego y dije: « ¿Me llevas arriba?».

Otra mujer describió la dificultad que tenía para convencer a su hija, primero, de que aceptara la realidad sobre la discapacidad y de que permitiera adoptar medidas que podrían revelar el estigma de la enfermedad de su madre:

> No estoy atándolos a mí, cada uno de nosotros tiene que vivir su propia vida y por eso no quiero ser una carga para ellos… Así sucedió con mi hija, ella no me tenía paciencia en absoluto, pero luego se dio cuenta. Ahora se da cuenta de cuánto he tenido que esforzarme y luchar, que he tenido que ayudarme a mí misma porque me vio durante los diez meses que viví con ella, y entiende que tengo un problema… No me deja salir con mi andador [que usa para apoyarse], pero le dije: «Bueno, tendré que apoyarme en tu brazo para cruzar la calle y si empiezo a sentir que pierdo el equilibrio, tendré que agarrarme de tu brazo», y ella aceptó.

En resumen, muy pocos familiares o amigos cercanos por lo común les brindan diferentes tipos de apoyo invalorable a las personas con vértigo recurrente. En efecto, dado el grado en el que los pacientes dependen de los familiares cercanos para que los ayuden a mantener una identidad normal y

a lidiar con las actividades cotidianas, parece ser que la disponibilidad de este apoyo influenciará en el grado de discapacidad que surge a raíz del vértigo; a pesar de que hasta ahora no existe ninguna investigación sobre este tema en específico. Sin embargo, depender de alguien puede tener un costo significativo tanto para el confidente como para el paciente, y puede generar tensión en su relación. La siguiente sección ofrece un resumen de la relación entre las actitudes, el comportamiento y la discapacidad, a medida que muestra cómo las creencias acerca de las consecuencias sociales y físicas del vértigo modifican el comportamiento, y cómo las respuestas del comportamiento en algún momento pueden influenciar en las consecuencias físicas, sociales y emocionales del vértigo.

Reglas autogeneradas y discapacidad

Las secciones anteriores de este capítulo ilustran cómo se ha generalizado la creencia de que el vértigo y sus consecuencias son inaceptables por la sociedad. Las personas con vértigo lo ven como una enfermedad que arrastra un estigma. También se dan cuenta de que es poco probable que la sociedad comprenda los efectos que causa el vértigo y que incluso los confundan con embriaguez o hipocondría. Como consecuencia, la forma preferida para lidiar con el vértigo es intentar «pasar desapercibido» y parecer normal, a menudo gracias a la ayuda del cónyuge u otro confidente cercano. Las consecuencias potenciales de esta estrategia son tres: en primer lugar, aumentan los niveles de dependencia y, por lo tanto, se genera tensión en las relaciones familiares. En segundo lugar, se presenta un miedo constante a la exposición pública que puede ocasionar, finalmente, que el individuo abandone por voluntad propia un evento público en el que se sienta vulnerable. Además de preocuparse por parecer raras, tontas, o incluso ebrias, las personas que tienden a sufrir de vértigo con frecuencia se preocupan porque pueden avergonzar o molestar a los demás al no ser capaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar a cabo actividades normales (bailar, desplazarse, caminar a ritmo normal). Algunas personas se sienten tan afectadas con la posibilidad de que en cualquier momento puedan encontrarse discapacitados que su imagen personal se ve muy afectada:

> Nunca puedes estar cien por ciento seguro de que todo saldrá bien. Esto altera mi personalidad porque soy muy callado, no soy muy conversador. [Cuando me

> ocurre un ataque] pienso « ¿otra vez?, ¡qué fastidio!». Esto produce un cambio en mí, me vuelve distante. Por lo general participo con mi familia y cosas por el estilo, pero esto me afecta y termino siendo más callado.

El miedo de ser desacreditado a menudo motiva a que se restrinja, de forma intencional, el contacto y las actividades sociales. Tal es el caso de otras enfermedades que en potencia pueden estigmatizar al individuo y que se caracterizan por sus síntomas cambiantes, como las primeras etapas de la esclerosis múltiple (Robinson, 1988) y la epilepsia (Scambler, 1989). Respecto a esto, resulta interesante que un joven con la enfermedad de Ménière describa que un hombre epiléptico lo ayudó a aprender a sobrellevar su condición:

> Fue, en realidad, un joven con epilepsia que estaba en la unidad. Él me dio consejos respecto a lo que debía hacer y me dijo que si me preocupaba tener un ataque nunca me levantaría de la cama. Debo seguir adelante con mi vida, tengo que hacerlo, y si tengo un ataque, pues, mala suerte.

Otra razón para abandonar diversas actividades sociales y ocupacionales se origina en el deseo de evitar provocar el vértigo (ver capítulos 3 y 4). Esto podría deberse al esfuerzo físico, el desplazamiento, el estrés, la actividad física o mental, o a la exposición a ambientes desorientadores. En base a las creencias sobre las medidas disponibles y sus potenciales consecuencias, las restricciones en el estilo de vida, que son resultado de ambas estrategias para sobrellevar el vértigo, tienden a plantearse como reglas autogeneradas que controlan el comportamiento (Zettle y Hayes, 1982). Si estas reglas derivan de una estimación exacta de las contingencias presentes en su ambiente, entonces podrían probar que son en verdad adaptables, y por ello servirían para ayudar al individuo a sobrellevar con éxito sus mareos. No obstante, a veces las reglas autogeneradas se basan en creencias erróneas o se generalizan para diversas situaciones a lo largo del tiempo. En el caso de que las reglas inapropiadas se basen en creencias que no se han comprobado y que no se pueden comprobar, éstas podrían imponer limitaciones y restricciones no bien adaptadas al comportamiento del individuo, además un círculo vicioso de angustia autoimpuesta podría agravar la reacción al problema original. Por ejemplo si se juzga de forma correcta que las crisis de vértigo provocan dificultades específicas en el trabajo, esto podría motivar

una reorganización constructiva de las prácticas laborales con el fin de sobrellevar estos problemas, o podría llevar a que se formule una regla general según la que un individuo con vértigo no puede trabajar, y de esta forma deba optar por una jubilación prematura y no deseada.

Existe una vasta evidencia de que, a modo de respuesta al vértigo, los pacientes tienden a formular reglas generales para el comportamiento basándose en sus creencias sobre las posibles consecuencias que ocurrirían al desarrollar una actividad. (Yardley, Todd et al., 1992). El siguiente testimonio de una paciente con la enfermedad de Ménière muestra cómo evita las actividades sociales y físicas que son placenteras:

> Solía disfrutar salir a bailar, pero hoy en día, de ninguna manera podría dar vueltas en una pista de baile. Me preocupa que cuando esté bailando pueda tener un ataque de nuevo, podría suceder. Así que pienso: «No, haré solo lo que sé que puedo hacer sin riesgo alguno y el resto, bueno…».

Desafortunadamente, las personas que experimentan síntomas desagradables, al parecer impredecibles, tienden a aplicar estas reglas en una gran variedad de situaciones y en una escala de tiempo más amplia que la necesaria para evitar los mareos y la exposición social. Esta prohibición general de actividad es una estrategia lógica para lidiar con el vértigo que se percibe como impredecible. Sin embargo, evitar ciertas situaciones restringe las oportunidades para evaluar o ampliar los límites de las posibles acciones que se tomen al respecto, y así continuar con el círculo vicioso de la autoconfianza disminuida. Asimismo, estas reglas autogeneradas, que se pretende sean una ayuda para que el individuo controle sus mareos, podrían volverse una causa de depresión ya que obligarían a ejercer restricciones rígidas y no deseadas en el comportamiento, a menudo más serias que las de los efectos directos del propio vértigo. El resultado al parecer sería un dilema irresoluble en el que las personas se dividen entre el miedo a sufrir vértigo o ser desacreditadas por la sociedad, y el deseo por escapar de un estilo de vida deprimente, lleno de limitaciones.

Powers (1973) sugiere que la única escapatoria a este dilema de las intenciones conflictivas es reorganizar las escalas de valores propias y definir nuevos objetivos. Desafortunadamente, las consecuencias de este tipo de reorganización no siempre son del todo positivas. Una respuesta poco co-

mún a los problemas psicosociales que plantea la enfermedad es adoptar el rol de un discapacitado. Esta solución le da una nueva identidad al individuo y un conjunto de objetivos menos ambiciosos, y de ese modo minimiza el riesgo de fracasar. Este comportamiento también puede producir «beneficios secundarios», como cuando el individuo recibe atención especial y se es solidario con él, o cuando se le exonera de tareas desagradables o estresantes. Sin embargo, dentro de los costos por aplicar esta solución, se incluiría el hecho de renunciar a la posibilidad de cumplir varios roles normales, además de aceptar el estigma asociado a esta desviación del comportamiento normal y de generar tensión en las relaciones sociales y familiares.

Otra forma en que se pueden cumplir diversos objetivos es a través de la «anidación» jerárquica de subobjetivos (Scheier y Carver, 1988). Por ejemplo, el objetivo de orden superior que le corresponde al mantenimiento de una imagen idealizada se traduce en principios (por ejemplo, «ser independiente») que, al ser confrontados con una variedad de posibilidades, motivarían a seleccionar una línea de acción en particular (por ejemplo, disimular una crisis de vértigo en lugar de pedir ayuda). Esto se lleva a cabo en forma sucesiva a través de una variedad de actos subordinados (buscar una superficie en la cual apoyarse, dar explicaciones aceptables para la sociedad debido a un comportamiento inusual, etc.). Scheier y Carver indican que mientras que el comportamiento se orienta a un subobjetivo, este objetivo se convierte funcionalmente en superior por algún tiempo. La dificultad es que, durante el proceso de control de problemas inmediatos, es fácil perder de vista los objetivos de orden superior. Un individuo puede estar preocupado todos los días por evitar el vértigo o por estar expuesto en público mientras se siente mareado, y rara vez reflexiona sobre si su comportamiento es perjudicial para cumplir los objetivos y principios de orden superior, tales como el de mantener un estilo de vida independiente y satisfactorio, y una imagen positiva de sí mismo. Como consecuencia, el comportamiento cotidiano podría no ser consistente con la línea de acción que un análisis racional de rentabilidad de los problemas causados por el vértigo podría sugerir. Un análisis de las formas en las que las personas con vértigo tienden a regular el impacto de su condición en los demás revela una evidente contradicción entre la decisión que expresan los pacientes de continuar actuando con normalidad y evitar informar o involucrar a otros, y la evidente necesidad de confiar en alguien y depender de alguien para recibir ayuda práctica. Esta contradicción no resulta de una distinción entre individuos autosuficientes y dependientes.

Las mismas personas manifiestan su deseo por sobrellevar el problema solas; sin embargo, dan varios ejemplos de recibir o solicitar ayuda. También existe una clara contradicción entre la explícita determinación de muchos individuos de continuar actuando con normalidad, y las varias restricciones que terminan aceptando a la fuerza en las actividades que realizan.

En algunos casos, este dilema produce una condición de «indefensión aprendida», que algunos psicólogos consideran como un sinónimo virtual de depresión. Si el individuo considera que el vértigo tiene consecuencias contrarias sobre las que no tiene control en absoluto, y si estas consecuencias parecen ser extensas y tener un periodo de larga duración, entonces es probable que la depresión ocurra. (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Mineka y Kelly, 1989). Las personas con vértigo se consideran indefensas en el sentido de que son incapaces de desarrollar de forma competente muchos de los roles sociales, ocupacionales y familiares que anteriormente ejercían. Algunas veces, los individuos pueden estar incapacitados a nivel físico, no les es posible comprometerse a varias actividades valiosas, y su dependencia de los demás incrementa. Las sensaciones de ansiedad, fracaso e impotencia también podrían ser el resultado del aparente conflicto irresoluble entre el deseo de permanecer activo e independiente, y la necesidad de limitar sus actividades y la búsqueda de ayuda. Además, se provocaría una sensación de retraimiento debido al aislamiento de las redes sociales, y la creencia de que otros son incapaces de comprender su situación.

Aunque anteriormente se han enfatizado los procesos somatopsíquicos (en parte, con el fin de enfatizar el hecho de que la asociación entre el vértigo y la angustia puede explicarse de forma correcta sin tener que recurrir a hipotéticos trastornos de personalidad), es probable que los rasgos de personalidad predispuesta puedan influir en el grado de discapacidad y angustia causadas por el vértigo. Es posible que los niveles preexistentes de ansiedad aumenten el desarrollo del miedo al vértigo y al estigma, mientras que los sentimientos de incapacidad personal podrían hacer que las personas se alejen de las actividades sociales en menos tiempo. De la misma forma, aquellos con baja autoestima tienden a subestimar su capacidad para lidiar con el vértigo, mientras que es más probable que los pesimistas concluyan que sus problemas son abrumadores y que no tienen solución. Si bien las limitaciones autoimpuestas a sus actividades pueden reflejar una falla para percibir o generar estrategias para lidiar con el vértigo o una tendencia preexistente a

adoptar un rol indefenso y dependiente, ambas bien pueden representar un intento activo por controlar la situación que luego se sobregeneraliza, pero que no se adecúa correctamente. Además, las relaciones entre la personalidad y la discapacidad pueden ser bidireccionales, puesto que como muchas personas que padecen de vértigo describen los cambios en su personalidad y los atribuyen directamente al vértigo y sus consecuencias:

> Yo solía ser muy extrovertida, trabajaba como operadora de computadoras, salía mucho, frecuentaba bares, salía con mi esposo, iba al teatro o a bailar. Todo eso ahora es imposible.
>
> Yo era una persona muy extrovertida, y en gran medida debido a esto [al vértigo] me he convertido en una persona muy introvertida. No es nada fácil entrar a una sala donde hay personas que no conoces cuando sabes que existe el riesgo de caerte. Mientras que antes yo podía andar despreocupada y ser el alma de la fiesta, hoy en día no podría hacer nada de eso.

De este modo, la experiencia del vértigo se puede ver como el producto de varias dimensiones que interactúan y que a menudo se combinan para crear un círculo vicioso discapacidad y angustia crecientes. Muchas personas con trastornos del sistema del equilibrio restringen deliberadamente su actividad física, desplazamiento y compromisos sociales con el objetivo de reducir el riesgo de que se presenten síntomas desagradables y aterradores, y de evitar la vergüenza y el estigma social que podrían generar. Sin embargo, perder los roles que son valiosos, los contactos que brindan apoyo social, y actividades gratificantes, podría incrementar la sensación de ansiedad y vulnerabilidad causadas en primer lugar debido a una enfermedad física. Además, es posible que evitar movimientos fuertes y entornos perceptivos agotadores prolongue la duración del vértigo al retardar la adaptación sensoriomotriz. No obstante, a pesar de esta descripción pesimista del potencial para la discapacidad y la depresión, la mayoría de personas que padecen de vértigo aprenden, por último, a adaptarse a la desorientación y a revertir el ciclo de discapacidad. El capítulo final describe de qué manera es posible acostumbrarse y vencer los problemas causados por el vértigo, ya sea con o sin ayuda profesional.

CAPÍTULO 6

CÓMO ENFRENTAR EL VERTIGO

CÓMO ENFRENTAR EL VÉRTIGO

El objetivo de este capítulo es investigar la manera en la que se puede mejorar cada aspecto negativo de la experiencia del vértigo y cómo se puede revertir el círculo vicioso de creciente discapacidad y ansiedad. Muchas personas que sufren de vértigo no buscan asistencia médica o incluso si van a ver a un doctor, se valen mayormente de sus propios recursos para lidiar con la enfermedad. Los testimonios de las personas que han enfrentado esta enfermedad durante mucho tiempo proporcionan una fuente invalorable de información acerca de lo que puede involucrar adaptarse al vértigo, que va desde consejos prácticos sobre cómo sobrellevar las crisis hasta los conocimientos que han aprendido con mucho esfuerzo para vencer o enfrentar el temor y la discapacidad. Sin embargo, la mayoría de personas que sufre de vértigo recurrente manifiesta su deseo por recibir ayuda médica, por encontrar idealmente una cura o al menos algún tipo de consejo o forma de rehabilitación. Es por ello que gran parte de este capítulo está dedicado a evaluar de manera crítica tanto los tratamientos existentes como los posibles.

El carácter fluctuante, mal definido y multifacético de los problemas que las personas que sufren de vértigo han experimentado es lo que hace que la evaluación del tratamiento sea particularmente difícil. La medida de la recuperación o de la mejora trae consigo serios problemas que no han recibido aún la suficiente atención. La habilidad que tiene el sistema del equilibrio para compensar rápidamente la disfunción del sistema vestibular podría lograr que la persona que sufre de crisis frecuentes de vértigo agudo no presente los síntomas propios de este desorden el día del examen médico. Es por ello que los exámenes tradicionales encargados de evaluar la función del sistema del equilibrio no pueden monitorear de manera precisa la severidad de la sintomatología actual. Por consiguiente, hasta el momento, la evaluación de la mejora se ha basado casi en su totalidad en las clasificaciones rudimentarias de los

terapeutas. Estas clasificaciones no discriminan entre los diferentes elementos de la experiencia del vértigo y pueden verse afectadas por las expectativas de los terapeutas. El resultado de la evaluación del tratamiento se complica aún más debido a los altos índices de la (según parece) remisión espontánea y los potentes efectos «placebo". Estos problemas se han ignorado en gran medida y rara vez se ha comparado a los pacientes tratados con grupos de control apropiados. Además, en una enfermedad multifacética como es la del vértigo, los incontables casos de «remisión espontánea» y «recuperación placebo» merecen una inspección más a fondo. La remisión espontánea podría, en realidad, significar la operación de procesos no especificados, tales como cambios beneficiosos en la actitud, en las expectativas y en el comportamiento o en las circunstancias que ayudan a las personas afectadas a lidiar con sus problemas. De manera similar, los efectos placebo pueden ser consecuencia de las características no específicas del tratamiento, como la empatía y el consuelo (Stiles et al., 1986).

Si estos factores psicosociales tienen ciertamente un profundo impacto en la experiencia del vértigo, entonces las intervenciones que, específicamente, buscan influenciar estos aspectos de la experiencia podrían resultar en mejoras significativas para el bienestar de la persona. No obstante, la variedad de tratamientos que se han considerado hasta el momento se ha visto limitada por un enfoque que se centra estrechamente en la fisiopatología. Más que cualquier otro tipo de tratamiento, se han utilizado y evaluado de manera más frecuente y amplia las curas farmacéuticas y quirúrgicas, mientras que los posibles beneficios de las formas alternativas de rehabilitación siguen siendo en gran medida desconocidos. Por lo tanto, en las siguientes secciones no solo se analizarán los indicios de la eficacia de los tratamientos médicos convencionales, sino que también se investigará la manera en la que podrían reducirse o evitarse algunas dificultades que experimentan las personas que sufren de vértigo por medio de cambios en sus actividades, entorno (físico y social), creencias y emociones.

Tratamiento médico

Los principales métodos empleados por los doctores para alterar o controlar el desarrollo del vértigo son los medicamentos y la cirugía. A conti-

nuación, haremos solo una breve descripción relativa sobre las posibilidades y limitaciones de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos; ya que realizar un análisis y evaluación detallados de estas formas de tratamientos es una tarea que se encuentra fuera del alcance y objeto de este libro.

La forma quirúrgica más radical para eliminar el vértigo es la «laberintectomía», que consiste en la destrucción del órgano vestibular que funciona mal. Sin embargo, este procedimiento también destruye la capacidad auditiva del oído operado y es por ello que ahora, como una práctica más adecuada, se recomienda únicamente cuando el vértigo deja a la persona incapacitada y no existe audición útil en el oído en cuestión (Paparella et al., 1990; Smith y Pillsbury, 1988). Un medio alternativo para eliminar los síntomas del trastorno del órgano vestibular es cortar el nervio vestibular. Esta es una forma de microcirugía relativamente nueva y delicada que conlleva un riesgo (muy pequeño) de complicaciones y efectos secundarios serios, como la filtración del líquido cefalorraquídeo, la parálisis fácil que podría durar varios meses, la pérdida permanente de la audición en el oído operado o meningitis (Green et al., 1992; Pohl, 1991; Smith y Pillsbury, 1988). No obstante, los índices de éxito del informe que se llevó a cabo sobre el control del vértigo para estos dos procedimientos bordean el 90%, un mejor índice que el más alto alcanzado por los placebos. A veces, el origen del vértigo es una «fístula» o un agujero en el órgano vestibular (laberinto) que podría ser producto de un traumatismo o de una enfermedad del oído medio. En estos casos, relativamente extraños, a menudo la cirugía se hace necesaria y es, por lo general, muy efectiva si se logra identificar la pequeña fístula (ver Grimm et al., 1989; Ludman, 1984).

Puesto que la laberintectomía y la neurectomía deberían eliminar por completo la información proveniente de este órgano enfermo, es pertinente reflexionar acerca de las posibles razones por las que estos tratamientos no logran alcanzar un índice de éxito del 100% (dejando de lado los efectos secundarios). En ocasiones, la cirugía podría no destruir completamente el órgano o el nervio vestibular, por lo que es necesario volver a operar. Una razón alternativa más crítica para el fracaso de una cirugía puede ser un diagnóstico erróneo; si el oído operado no es la única causa o no representa la causa principal del mareo, es poco probable que la operación sea exitosa. Por ende, si los síntomas surgen del funcionamiento alterado de alguna otra parte del sistema del equilibrio, como el otro órgano vestibular o incluso un

problema no vestibular, la operación no será útil. Peor aún, si el mareo es causado por una falla de la compensación central o por déficits multisensoriales, el vértigo violento que se originó en un inicio al dañar quirúrgicamente el sistema vestibular podría resultar en una exacerbación a largo plazo o permanente del problema. Estos posibles resultados deben considerarse con especial atención, ya que los índices publicados de éxito y de complicaciones representan, en efecto, los logros de los cirujanos más talentosos y prestigiosos de las mejores instituciones médicas, mientras que en instituciones de menor prestigio, los informes anecdóticos de desastres quirúrgicos son frecuentes. Una de las formas más comunes de diagnóstico errado surge de la incapacidad de apreciar el grado en el que la ansiedad, las creencias y la conducta pueden estar contribuyendo a los problemas del paciente. De ser este el caso, la operación no podrá cumplir con las altas expectativas de los pacientes, lo que acarrea una amarga desilusión. Un hombre, cuyos mareos y ansiedad habían sido finalmente aliviados a través de un programa que combina la fisioterapia y el tratamiento psicológico, describe la manera en la que la cirugía en realidad intensificó su temor y angustia:

> Le había estado echando la culpa de mis problemas a la enfermedad de Ménière. Cada vez que se me sentía intranquilo, le echaba la culpa; así que cuando me hicieron una operación para curarme, esperaba sentirme mejor, pero empeoré. Los síntomas se agravaron: sentía una presión en la cabeza, una presión a lo largo de aquí y dolores de cabeza. Mis ojos estaban raros, me volví muy ansioso, pensé que tenía serios problemas… de aquí el porqué de la tomografía y todas esas otras cosas que me hice.

Otra forma de cirugía que se practica mucho consiste en una serie de procedimientos que buscan prevenir crisis de vértigo en pacientes que sufren de la enfermedad de Ménière y en los cuales básicamente se libera la presión creciente del fluido (endolinfa) del órgano vestibular, propia de esta enfermedad. Este tipo de cirugía no implica la destrucción de la audición ni la de la función vestibular. Esta consideración es importante, ya que casi un tercio de los pacientes que sufren de la enfermedad de Ménière tienen ambos oídos afectados. Se utiliza una variedad de técnicas (en su mayoría, la derivación endolinfática) y según informes, todas ellas logran aproximadamente un índice de éxito similar, que equivale a un promedio aproximado del 70%, con complicaciones más leves y en menor cantidad que otros procedimientos más destructivos (por ejemplo, Paparella, 1991; Raivio et

al., 1989; Smith y Pillsbury, 1988). En algunos casos, se requiere repetir las cirugías en unos años y los índices de éxito para detener el deterioro de la audición que ocurre con la enfermedad de Ménière (el cual puede ser medido objetivamente) son significativamente menores que aquellos que se reportaron para el control de vértigo.

En la práctica, los índices que se reportan en cuanto a la mejora de los síntomas tras las operaciones de derivación varían ampliamente, del 49% al 90% y, en efecto, los cirujanos más entusiasmados con esta técnica son quienes suelen procurar los índices más altos. Desafortunadamente, casi todos los ensayos clínicos publicados han adolecido de debilidades metodológicas cruciales. La evaluación a ciegas o la ausencia de un grupo de control adecuado constituye la más seria de ellas. Este último fracaso fue, en parte, el resultado de una reticencia comprensible a detener el tratamiento y, en parte, de la creencia por parte de muchos médicos clínicos acerca de que el largo período basal del vértigo incapacitante, que la terapia con medicamentos no logra paliar, proporciona una adecuada condición de control del sujeto. Esta última creencia constituye, por lo general, el criterio para sugerir una cirugía. Sin embargo, el desarrollo de la enfermedad de Ménière es verdaderamente impredecible, pues consiste en grupos de crisis fluctuantes que por lo normal se vuelven poco a poco más frecuentes y severos a lo largo de los años y luego tienden a volverse más leves, menos frecuentes y finalmente cesan (Haye y Quist-Hanssen, 1976; Stahle et al., 1989). Por consiguiente, se puede esperar un cierto índice de mejora basado únicamente en la probabilidad estadística. Por otra parte, a pesar de que los efectos «placebo» que están asociados con la cirugía pueden constituir aspectos importantes del tratamiento, estos a menudo se ignoran. Las características de someterse a una cirugía que puede afectar la experiencia de la enfermedad son: la identificación y confirmación de la enfermedad del individuo como verdadera y seriamente discapacitante, y la consiguiente eliminación del estigma asociado con la sospecha de que sufra de hipocondría; un nivel de atención, solidaridad y explicaciones interesadas sin precedentes; la comunicación de la creencia de que se le ha brindado la más reciente forma de tratamiento; y posiblemente asesoramiento o terapia para apoyar la compensación después de la operación (ver, por ejemplo, las recomendaciones de Bagger-Sjöbäck (1988) para un asesoramiento a pacientes antes de la cirugía).Ciertamente, en el único estudio doble ciego controlado con placebo sóbrele cirugía de derivación endolinfática, se observó el mismo índice

de éxito de un 70% aproximadamente tanto en los grupos activos como en los grupos placebo. Durante el seguimiento de tres años, no hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos en cuanto al vértigo o a los niveles de audición (Thomsen et al., 1983) (Sin embargo, es por ello que algunos cirujanos han discutido a posteriori que la operación placebo, que no involucró el órgano vestibular, podría haber afectado de alguna manera la fisiología que rodea la región de manera relevante; ver Smith y Pillsbury, 1988).

No se puede llevar a cabo un análisis razonable sobre una bibliografía más amplia en lo que respecta al tratamiento farmacológico aquí. No obstante, las limitaciones de un tratamiento con medicamentos se encuentran implícitas en la falta de un acuerdo coherente sobre qué tratamiento es mejor, para qué síntomas, el requerimiento persistente para la cirugía en una minoría significativa de pacientes, y en cuanto al reconocimiento por parte de la mayoría de autores de que los medicamentos pueden ofrecer un tratamiento sintomático (Dix, 1984a; Hanson, 1989; Paparella 1991; Paparella, et al., 1990; Pykkö et al., 1988). A pesar de que no es probable que los diuréticos y la betahistina sean capaces de eliminar el vértigo ni detener la progresión de esta enfermedad, estos medicamentos presuntamente reducen la gravedad de las crisis de vértigo que experimentan algunas personas con la enfermedad de Ménière; (Dix, 1984a; Paparella, 1991; Paparella et al., 1990). Además, se recomienda restringir el uso de sal, agua, alcohol, nicotina y cafeína. Sin embargo, Brandt (1990) menciona que «la existencia de un gran número de tratamientos [para la enfermedad de Ménière], cada uno de ellos respaldado ferozmente por sus defensores, suele ser un indicador de que no se encuentra disponible ningún tratamiento que se pueda demostrar que sea efectivo» (p. 48). Schmidt y Huizing (1992) concluyeron en un ensayo comparativo, exhaustivo y bien dirigido, que no hay evidencia de que la betahistina sea superior al placebo, y comentaron lo siguiente al respecto:

> La mejora que se reportó en la mayoría de estudios cae en un rango de 60 a 80%, independientemente del tipo de tratamiento. Debido a que no se ha encontrado un tratamiento más efectivo, el paciente debe elegir el menos nocivo. Actualmente, el mejor tratamiento para la enfermedad de Ménière es, al parecer, participar en un ensayo clínico (p. 181).

A pesar de que, al parecer, no existen productos farmacéuticos para el tratamiento profiláctico del vértigo, un sin fin de medicamentos podrían

ayudar a aliviar la experiencia del vértigo agudo mediante la supresión parcial de la actividad dentro del sistema vestibular o la inhibición de los síntomas autonómicos asociados con la desorientación severa, aunque estos medicamentos no suelen ser adecuados para su uso a largo plazo, en especial porque pueden retrasar o prevenir la compensación del sistema central (Pykkö et al., 1988). Entre los medicamentos que se prescriben con mayor frecuencia, se encuentran: los antihistamínicos y las fenotiazinas (por ejemplo, la cinarizina y la proclorperazina), y los tranquilizantes (por ejemplo, el diazepan); también se pueden utilizar medicamentos antimareos (por ejemplo, la escopolamina) y el haloperidol, también se han recomendado la fenobarbitona y la meclozina (Dix, 1984a; Hanson, 1989; Paparella, 1991). Los efectos no específicos que estos medicamentos pueden causar sobre el sistema nervioso central se consideran a menudo medios útiles que, al mismo tiempo, reducen la ansiedad que trae consigo el vértigo. En efecto, Paparella (1991) explica de manera concisa la filosofía que guía el tratamiento farmacológico del vértigo:

> El tratamiento médico atiende algunos síntomas o [sic] al paciente y, de este modo, mejora momentáneamente las condiciones para éste, pero no trata la enfermedad per sé. Debido a que el efecto de la mayoría de medicamentos posee una base empírica, es nuestra política fomentar el uso de cualquiera de ellos si el tratamiento minimiza los síntomas e incrementa la calidad de vida del paciente (p. 117).

En el enfoque de este tratamiento médico, se ignora en gran medida la difícil tarea que supone intentar diferenciar entre los efectos «placebo», los somáticos o los psicológicos o, en efecto, la coincidencia con una remisión espontánea. Además, se intenta hacer uso de una gran variedad de medicamentos en un esfuerzo pragmático que parece, por alguna razón, adecuarse a un solo paciente. Por otra parte, debido a la incertidumbre en relación con los mecanismos psicológicos por los cuales estos medicamentos pueden causar efectos beneficiosos junto con la conciencia de que su beneficio puede a menudo deberse a efectos sedantes centrales o placebos, pocas veces se les da a los pacientes la información inequívoca que necesitarían para evaluar y regular racionalmente el uso de sus medicamentos.

El objetivo de la visión general presentada previamente acerca de los métodos farmacológicos y quirúrgicos vistos como tratamientos contra el

vértigo no es negar la utilidad de los mismos, sino enfocarse en las limitaciones y dudas que hacen de estas formas de tratamiento una solución incompleta a los problemas que plantea el vértigo. Los médicos clínicos y autores que prescriben los tratamientos médicos que analizamos anteriormente no son, de ninguna manera, insensibles ante estas limitaciones, y son precisamente ellos quienes hacen hincapié en la necesidad de encontrar formas de apoyo complementarias para el paciente. Por ejemplo, Paparella (1991) inicia su encuesta sobre los tratamientos médicos contra la enfermedad de Ménière afirmando que: «El apoyo psicológico para guiar al paciente es quizás la parte más importante del tratamiento médico» (p. 117). Asimismo, en su ensayo sobre el tratamiento quirúrgico contra el vértigo, Bagger-Sjöbäck (1988) recomienda que antes de abordar el tema de las operaciones, se le deberá brindar al paciente atención continua con un doctor que pueda garantizarle su apoyo en caso de una emergencia y que, además, se deberá conversar a fondo con el paciente sobre la naturaleza de su enfermedad y la mejor manera de adaptarse para que pueda vivir con ella. En las siguientes secciones, se analizarán, con la respectiva rigurosidad y detenimiento que merecen, los aspectos de este tratamiento y otros medios que sirven para enfrentar el vértigo.

Terapia de ejercicios

Desde la década de 1940, una serie de médicos clínicos y autores han propuesto el uso de ejercicios para incentivar la compensación del sistema vestibular central después de una lesión vestibular (Dix, 1984b). La razón más importante es ofrecer una oportunidad estructurada para la recuperación de la coordinación multisensorial y sensoriomotriz a través de una amplia variedad de orientaciones y movimientos (ver capítulo 3). Los ejercicios que se le piden realizar al paciente buscan incluir posiciones y movimientos de los ojos, la cabeza y el cuerpo que provoquen vértigo (o, bajo el principio de generalización de compensación limitada, por lo menos un ejemplo representativo de estos movimientos que lo provocan). De este modo, se debería mejorar o acelerar la adaptación por medio de la constante vivencia de condiciones que generen desorientación, así como sucede con circunstancias a las que, a pesar de que en un inicio causaban cinetosis, uno se adapta gracias a la constante exposición.

Los ensayos clínicos sobre la eficacia de los programas de ejercicios muestran normalmente una mejora del 80% en los síntomas de las personas que los practican; sin embargo, solo se observa la eliminación del vértigo en menos de la tercera parte de las mismas (Hecker et al., 1974; Norré, 1988; Norré & de Weerdt, 1980; Shepard et al., 1990)(La mejora hace referencia a la disminución del vértigo provocado por movimiento o de los mareos residuales o la inestabilidad, puesto que no se espera que la terapia de ejercicio reduzca el número o gravedad de los episodios espontáneos de vértigo agudo). La mayoría de los ensayos acerca de terapias de ejercicio tienen deficiencias metodológicas, similares a aquellas que se criticaron al reflexionar sobre la cirugía. Muy pocas personas han empleado una condición de control adecuada y la «mejora» ha sido por lo general evaluada por el médico clínico responsable del tratamiento, quien prefiere utilizar criterios primitivos y limitados ignorando consideraciones tales como los efectos del terapeuta (Crits-Christoph y Mintz, 1991) y la definición de cambio clínicamente significativo (Jacobson y Truax, 1991). Por ejemplo, la medición de mejora que realiza Norré consiste simplemente en hacer referencia a la disminución de las dolencias que provoca el vértigo en relación con 19 posiciones de evaluación (dejando de lado lo subjetivo y lo real, el bienestar o una discapacidad), mientras que Shepard et al. (1990) evaluaron la discapacidad previa y posterior al tratamiento de acuerdo a las bases de clasificación impuesta por los terapeutas en una escala única de 5 puntos.

Algunos de los estudios más recientes están empezando a remediar estas deficiencias. Horak et al. (1992) han comparado los ejercicios vestibulares con los medicamentos (valim o meclozina) o ejercicios de acondicionamiento general. Los resultados preliminares indican que tanto la evaluación de estabilidad postural como el cuestionario de las medidas de discapacidad muestran una tasa mayor de mejora en el grupo de personas que practican ejercicios vestibulares que el de las personas que están bajo los otros dos tratamientos. Shepard et al. (1993) también encontraron un índice más alto de mejora entre las personas que se recuperan de una neuritis vestibular gracias a una terapia de ejercicios, a diferencia de aquellas que han pasado por una operación del nervio vestibular.

Los procedimientos de selección variables y poco específicos que se utilizaron en muchos de estos ensayos hace difícil determinar el índice total de éxito que podría esperarse en una población clínica heterogénea. La mayoría

de estudios excluyen explícitamente todos los casos, menos los más claros y simples de vértigo postural. Sin embargo, Shepard y sus colegas informan que la rehabilitación ayudó a personas con una gran diversidad de síntomas y diagnósticos. De un modo más desconcertante, ninguno de estos estudios ha abordado seriamente el problema de los índices de abandono o incumplimiento del tratamiento. Los índices de éxito que se reportaron hacen referencia únicamente a aquellos pacientes que aceptaron y completaron el programa de rehabilitación. Es posible que los centros prestigiosos y altamente motivados que están involucrados en estos ensayos clínicos hayan podido alcanzar un índice insignificante de incumplimiento con la terapia recomendada. Sin embargo, aunque sea solo para determinar cómo se sustentan estos altos índices de credibilidad y término de la terapia, es necesario supervisar de manera cercana los problemas de aceptación y participación, puesto que muchas personas están desconcertadas y decepcionadas de que en vez de brindarles un medicamento mágico o una cura por medio de una cirugía, se les ofrezca una terapia que requiere inducir de manera activa los síntomas que temen.

> Al comienzo estaba escéptica. Para empezar no me di cuenta de que era tan simple corregirlo y después de haber sufrido de vértigo por años, no veía cómo mi situación podía cambiar de la noche a la mañana. Era tan sencillo realizar los ejercicios que creí que no me iban a ayudar. Para ser sincera, sé que esto suena tonto… porque a la gente no le gusta ir al hospital, pero creí que una operación o algo podría curarme. Pensé que esa era la única manera…Mi esposo creía que estaba loca porque consideraba que los ejercicios eran tan sencillos que quizá ni siquiera necesitaba hacerlos.
>
> Fui a ver a un neurólogo. Habló conmigo, hizo que me sentara en el sillón y me preguntó cómo me sentía. Me dijo: « ¡Váyase a casa e intente hacer algunos ejercicios!». Los hice pésimo, no me salieron para nada bien. Casi ni los hice porque tenía miedo. Solo los hice unas cuantas veces porque tenía mucho miedo de marearme en ese momento. Simplemente no podía hacerlos. [El doctor] me dijo que si los ejercicios no funcionaban, me derivaría a un [especialista clínico]. Así que hice un poco de trampa porque en verdad no podía hacerlos. Él no tuvo tiempo para hablar conmigo, para explicarme. Seguía asustada y preocupada, necesitaba a alguien que tuviera paciencia.

Así como sugiere el testimonio anterior, por lo general el paciente no admite ante el doctor que le recomendó la terapia su fracaso al no completar

el programa de terapia física. La consecuencia de mentir sobre el cumplimiento de dicho programa es que los doctores reciben una impresión pobre de la eficacia de la terapia de ejercicios y podrían derivar a menos pacientes, o incluso reservar el programa solo para los casos intratables. Además, los doctores podrían comunicar de modo inconsciente las bajas expectativas de éxito que tienen a los pacientes que derivan, lo que produce índices más bajos de término y una reducción en la mejora a través de tratamiento placebo, que es lo que la mayoría de terapias para el vértigo logran.

Una evaluación exhaustiva de cualquier forma de rehabilitación exige, idealmente, un análisis empírico y detallado de la manera exacta en que los procesos terapéuticos pueden relacionarse con problemas y resultados particulares (c.f. Newman y Howard, 1991). Dadas las limitaciones de las pruebas empíricas que ofrecen los ensayos clínicos, el siguiente debate sobre los méritos relativos de los distintos tipos de terapia basada en ejercicios para las diferentes formas y aspectos del vértigo se ve obligado a recurrir a la experiencia clínica personal, a la teoría y a la deducción. Esto sugiere que los beneficios de la terapia basada en ejercicios pueden tener varias dimensiones, que van desde alteraciones en la función neurofisiológica hasta el incremento de confianza y una sensación de control.

En algunos casos, los movimientos de la cabeza y el cuerpo pueden, en realidad, afectar la causa fisiológica del vértigo. «El vértigo posicional paroxístico benigno» (ver capítulo 1) se desencadena por cambios en las orientaciones de la cabeza o el cuerpo, o por aceleraciones lineales tales como avanzar o frenar en un vehículo. Se cree que esto se debe a la acumulación de cristales de calcio en ciertos lugares dentro del órgano del equilibrio (Schuknecht, 1975). Algunos médicos clínicos afirman que al realizar de manera brusca ciertos movimientos de la cabeza, que deberían desplazar y dispersar los cristales de calcio, se puede erradicar este tipo de vértigo por completo en más del 90 % de pacientes adecuados (Häusler y Pampurik, 1989; Herdman, 1990). A otras personas se les ha hecho muy difícil repetir este índice de éxito y el debate para determinar cuál es la mejor técnica continúa. En particular, debido a que los movimientos de la cabeza en cuestión son los que provocan el vértigo, algunos autores han sugerido que el mecanismo responsable para la recuperación es, de hecho, la compensación central. Esta compensación se puede alcanzar mediante una serie larga y delicada de movimientos (Norré y Beckers, 1987), a pesar de que los índices de recuperación rápida que

comúnmente ocurren (solo después de algunos movimientos de la cabeza) brindan pruebas que sustentan la hipótesis sobre los cambios estructurales periféricos por lo menos en algunos casos. En un excelente análisis de estas formas de fisioterapia, Herdman (1990) sugiere que la elección de la técnica debería basarse en una evaluación multifactorial del individuo, en lugar de basarse en preferencias teóricas. Los factores que Herdman enumera como importantes incluyen: restricciones de los movimientos violentos impuestos por otras enfermedades (por ejemplo, la artritis) o por la ansiedad, y la habilidad o disposición del individuo para seguir un extenso programa de ejercicios.

Por diversas razones, a menudo se enseñan técnicas de relajación también a las personas que sufren de vértigo (Beyts, 1987, Ödkvisty Ödkvist, 1988). Cuando el mareo se relaciona con la tensión en el cuello, la hiperventilación, la presión mandibular o el rechinamiento dental, o es provocado por el estrés, la relajación puede eliminar de manera directa la causa del vértigo. De forma alternativa, se han sugerido las técnicas de relajación (con biorretroalimentación o biofeedback) como un medio para incrementar la tolerancia a los síntomas provocados por la terapia basada en ejercicios (LeducyDecloedt, 1989).Del mismo modo, se dice que el entrenamiento de retroalimentación autógeno puede ayudar a las personas a lidiar con movimientos desorientadores (Cowings y Toscano, 1982). La reeducación del control postural, que ayudaría a erradicar los hábitos de postura que contribuyen a la inestabilidad o tensión muscular, podría también ayudar a reducir el desequilibrio o la causa del vértigo. La motivación para participar en deportes o en otras actividades vigorosas también apunta hacia el mismo objetivo que tienen varios de los programas terapéuticos: revertir la pérdida general dela condición física y movilidad que por lo normal acompaña al vértigo crónico y mejorar tanto la orientación como las habilidades motrices.

El debate continúa respecto a si los programas de ejercicios necesitan estar a la medida de las capacidades sensoriomotrices y dificultades específicas del individuo en cuestión. A pesar de que los programas generales de ejercicios incluyen movimientos difíciles para la mayoría de personas que sufren de vértigo, se obtienen buenos resultados con la mayoría de quienes los completan (por ejemplo, Hecker et al., 1974; Shepard et al., 1993). Norré afirma que los ejercicios son solo efectivos si los pacientes realizan las posiciones y movimientos que les causan desorientación. Norré y de Weerdt

(1980) observaron que los síntomas de los pacientes que realizaban los ejercicios que no provocan vértigo no cambiaban; no obstante, después de que los mismos pacientes realizaron ejercicios con movimientos desorientadores, sus síntomas mejoraron. Aunque nos hayamos referido a este estudio de manera anecdótica, es interesante ya que considera que existe una condición de control dentro del propio sujeto. Desde un principio, estos pacientes habían recibido (presuntamente) una explicación sobre el vértigo y la compensación, la cual Norré considera como precursora indispensable de la terapia (Norré, 1984). Además, incluso realizar ejercicios que no provocan vértigo debería haberle dado a los participantes del programa expectativas de mejora, control y la sensación de que el médico clínico se estaba interesando en realidad por sus problemas y que creía que ellos se podían recuperar. Sin embargo, solo se observaba una mejora evidente de los síntomas del vértigo cuando se realizaban los movimientos que lo provocan. Esto indica que no se le puede atribuir la mejora a los efectos que producen el consuelo y apoyo psicológico, sino que depende de la recuperación de la coordinación sensoriomotriz que se obtiene a través del ejercicio.

Shumway-Cook y Horak (1989) también proponen programas de fisioterapia ajustados al patrón del funcionamiento sensoriomotor inadecuado del individuo. Por ejemplo, a las personas que dependen en exceso de la información visual para orientarse, se les pide que practiquen «balancearse» en ambientes en donde las señales visuales son inusuales, ambiguas o donde no las haya. En cambio, a las personas que en su mayoría dependen de la información somatosensorial, se les pide que caminen sobre superficies estáticas o en movimiento. El entrenamiento específico de las estrategias motrices adecuadas para distintas tareas de balance puede ser útil. Por ejemplo, una estrategia motriz que se suele adoptar luego de una crisis de vértigo es inclinarse y balancearse solo hasta la altura de la cadera, no alrededor de las articulaciones del tobillo(tal vez porque de este modo es posible mantener la cabeza erguida y así evitar estimular o utilizar señales vestibulares).Debido a que balancearse desde las caderas ejerce tensión entre los pies y la superficie de apoyo, la persona que realiza los ejercicios sufrirá caídas en pisos resbalosos o estrechos. Es por ello que quienes emplean esta estrategia necesitan aprender a balancearse solo desde el tobillo cuando es necesario. Aquellos que pierden toda la función vestibular pueden requerir de ejercicios especiales diseñados para acelerar el desarrollo de las nuevas formas de coordinación ojo-cabeza. Estas personas también se benefician al aprender a reconocer y a lidiar con

los ambientes en donde, sin duda, se les hará difícil mantener el equilibrio; por ejemplo, aquellos lugares que se caracterizan por la ausencia o escasez de información visual y somatosensorial (Shepard et al., 1990).

En vista de la naturaleza específica de una situación de descoordinación asociada con el vértigo (ver capítulo 3), los programas de ejercicios hechos especialmente a medida del individuo tienen una alta validez aparente a nivel teórico. Igualmente, los programas individualizados pueden tener una alta validez aparente para el individuo en cuestión. Diseñar un programa de ejercicios a medida del individuo conlleva trabajar con él para descubrir las debilidades sensoriomotrices particulares, seleccionar los ejercicios adecuados para éstas, y discutir cómo se espera que los ejercicios afecten las formas o los aspectos particulares de desorientación y desequilibrio. El proceso de identificación de dichos movimientos o de las condiciones perceptivas que provocan el vértigo demuestra concretamente que el programa es relevante para los problemas del individuo, lo que por lo común promueve la confianza en la terapia. Además, este proceso ayuda a establecer una buena relación con el terapeuta, la cual motiva el intercambio activo de información y de responsabilidad para explorar tanto las posibilidades de diagnóstico y rehabilitación como de progreso. Como resultado, es probable que el individuo logre una comprensión más profunda y en constante desarrollo de la naturaleza del problema y las posibilidades, dificultades y limitaciones concernientes a la adaptación. De este modo, la persona debería estar en mejores condiciones para monitorear, predecir y controlar el curso de su recuperación. En algunos programas a la medida del individuo, el objetivo es bastante explícito. Por ejemplo, Shepard et al. (1990) afirmaron que, además de promover la compensación y enseñanza de estrategias de control postural, el «mayor atractivo» de la terapia es:

> Enseñarle al paciente las técnicas para enfrentar los síntomas y los déficits funcionales. Los pacientes deben entender que la terapia no es una cura para su trastorno del equilibrio, sino simplemente una técnica para lidiar con el mismo. Si se le enseña un medio para lidiar efectivamente con los síntomas recurrentes, el paciente puede volver a establecer esas técnicas de manera independiente (p. 470).

Los comentarios de un hombre, tras completar solo unas semanas de la terapia de ejercicios, sugieren que se valora tener una manera para lidiar con el vértigo, incluso cuando no se garantiza una cura al 100 %:

> Esta terapia ha cambiado la perspectiva sobre la forma en la que lidiaba con el vértigo en el pasado. No sé si tiene un efecto duradero, aún no lo sé en esta etapa; pero obviamente tendremos que seguir con la terapia y ver qué pasa. Pero en general, creo que ha ayudado hasta cierto punto. Quiero decir, los ejercicios se me hacen más fáciles y por supuesto, mi compensación ha mejorado; así que el tiempo lo dirá.
>
> O sea, antes no hacía nada y dejaba que la vida pasara, hasta que sentí que tenía que hacer algo. Claro, ahora con toda la teoría que los respalda, voy a esforzarme por intentarlo y vencer al vértigo con estos ejercicios…quiero decir, es importante tener un objetivo, así que creo que me servirá mucho.

Los posibles múltiples beneficios de la terapia a la medida considerados en líneas anteriores sugieren que es imposible equiparar varios de los aspectos de las condiciones de la terapia cuando se hacen ejercicios que no provocan vértigo como una condición de control en comparación a los ejercicios que sí lo provocan. Por consiguiente, la superioridad demostrable del programa de ejercicios que provocan vértigo no se le puede atribuir por completo a su capacidad de mejorar la compensación. Las expectativas, la confianza y la motivación pudieron haber sido mayores una vez que se incluyeron en la terapia ejercicios que demostraban tener un efecto en el vértigo. En efecto, a pesar de que esta sección del texto se enfoca sobre todo en la adaptación en términos de la recuperación de la coordinación sensoriomotriz, la experiencia repetitiva de vértigo en un ambiente terapéutico seguro puede conferir beneficios adicionales más allá de la reducción de la desorientación o discapacidad. En particular, brinda una oportunidad para explorar tanto la naturaleza y los límites de la experiencia en sí, como los factores estimulantes y los mecanismos para lidiar con el vértigo. Es probable que esta oportunidad lleve a la reducción de la incertidumbre y la ansiedad, y a la recuperación del autocontrol. Ciertamente, muchas personas comentan de manera explícita que la motivación y la confianza que promueve la terapia de ejercicios son de gran beneficio:

> Es bueno poder saber que hay un camino para salir de esto…he llegado a aceptar que es algo con lo que tendré que lidiar toda la vida, pero en mi opinión,[la terapia de ejercicios] está dándome algo que puedo hacer, considerando que antes no tenía nada. Me dijeron: « ¡Básicamente, tiene este problema! Váyase a casa, no hay nada que se pueda hacer al respecto ».

> Antes [de empezar la terapia] trataba de bloquear el vértigo y esperaba que no me diera. Creo que ahora trato de lidiar más con eso. Sé que me va a pasar; así que haré algo al respecto, quiero curarme, mejorar.
>
> Siento que estoy haciendo algo para mejorar esto y me siento muy bien involucrándome con algo. No me gusta pensar: « Bueno, tal vez todo esté bien o tal vez no ». De verdad, voy a tratar de mejorar.

En efecto, para algunas personas, los aspectos psicológicos de la terapia fueron la motivación inicial para su participación; sin embargo, la reducción de los síntomas les dio una ventaja inesperada:

> No creí que hubiera una cura, pero esperaba que me ayudara a enfrentar el vértigo, en sí con el lado psicológico porque estaba, más que nada, asustada de llegar a deprimirme. El hecho de nunca saber qué iba a pasar, me volvería loco. En efecto, [la terapia de ejercicios], no solo me ha ayudado a lidiar con el vértigo, sino que también lo ha reducido, por lo que en verdad no tengo mucho qué enfrentar.

Emoción y activación, creencias y comportamientos

Además de la desorientación y el desequilibrio, que son el punto focal de la terapia de ejercicios, la experiencia del vértigo por lo general incluye un conjunto de síntomas del sistema nervioso autónomo (SNA), que van desde sudoración fría y temblores hasta náuseas y vómitos. Estos síntomas pueden ser causados o exacerbados por el estrés o la ansiedad; en particular, si la ansiedad provoca hiperventilación (lo cual podría incrementar el mareo). También, pueden provocar ansiedad ya sea porque son malinterpretados como señal de una enfermedad seria o un agravamiento de la misma, o simplemente porque las personas creen que es otro síntoma más de la desagradable experiencia del vértigo (ver capítulo 4). Es por ello que el componente de activación síntoma/ansiedad de la experiencia del vértigo puede tener efectos de gran alcance en las creencias y el estilo de vida, lo que lleva a niveles de miedo y restricción del comportamiento más altos que aquellos que resultarían de las dificultades sensoriomotrices por sí mismas, y podría hacer que se eviten actividades que pueden facilitar la adaptación (esto incluye, en algunos casos, la culminación del programa de ejercicios). Para revertir este círculo vicioso, se pueden emplear dos tipos principales de rehabilitación. El

primero consiste en emplear técnicas diseñadas para reducir los niveles de activación y promover el control del funcionamiento del SNA, mientras que el segundo se enfoca en las percepciones erróneas de los síntomas del SNA. En realidad, estos dos objetivos y procesos terapéuticos están relacionados entre sí. A continuación, se podrá apreciar esta relación.

- **Control de la activación**

Las terapias que se han utilizado de manera satisfactoria para lograr que el individuo tenga un control sobre la activación, la hiperventilación y los síntomas del SNA incluyen varias técnicas de relajación, de enseñanza del control de la respiración, biorretroalimentación y entrenamiento de retroalimentación autógeno (AFT, por sus siglas en inglés), que es la combinación de la biorretroalimentación y el control aprendido de la función del SNA por medio de la visualización cognitiva. Se han recomendado algunas de estas terapias como parte del proceso de rehabilitación de las personas que sufren de vértigo (ver la sección anterior); no obstante, rara vez se utilizan y nunca se las ha evaluado de manera sistemática. Sin embargo, se han evaluado muchas de éstas por su eficacia para reducir los síntomas de la cinetosis. Jones et al. (1985) incluyeron el entrenamiento con biorretroalimentación para controlar los niveles de conductancia de la piel, el entrenamiento de retroalimentación autógeno, el entrenamiento de relajación muscular profunda y la respiración diafragmática en un programa mediante el cual se obtuvo el 85% de éxito al permitir que una tripulación de personas que sufren de mareos en el aire pudiera volver a volar. Kemmler (1984) cita también la relajación progresiva y el entrenamiento de retroalimentación autógeno como elementos esenciales de su programa para prevenir el mareo en el aire; mientras que Giles y Lochridge (1985) observaron que la respiración diafragmática y la relajación controlada por señales permitieron que 35 de 37 estudiantes de aviación pudieran tener el control total de sus síntomas.

Los programas de este tipo suelen tener un enfoque pragmático que busca combinar la mayor cantidad de formas posibles y necesarias de tratamientos potencialmente beneficiosos. Por lo tanto, es imposible disociar los efectos de la exposición gradual a ambientes desorientadores (empleados en todos estos programas) del impacto de las distintas técnicas de control de los síntomas del SNA. Estos efectos de adaptación a condiciones desorienta-

doras, al desarrollo del control del funcionamiento del SNA y a la reducción de la ansiedad y del monitoreo o informe de los síntomas del SNA están vinculados, tal como admiten muchos de los autores que han informado sobre su éxito. Sin embargo, Jones y Hartman (1984) afirman que cuando se le añadió el entrenamiento de retroalimentación autógeno a la relajación y a la exposición del movimiento desorientador, el índice de éxito del programa se incrementó del 40% a más del 75%. Estos mismos autores resaltan que el entrenamiento de retroalimentación autógeno puede reducir la susceptibilidad parcial o totalmente al devolverla sensación de dominio e incentivar el desarrollo de las habilidades para lidiar con el vértigo y establecer una buena relación con el terapeuta, en vez de alterar de forma directa los niveles de activación. Esta opinión fue confirmada por el testimonio de una señora que sufría de vértigo, quien explicó cómo la ayudó el entrenamiento en las técnicas de relajación:

> Tienes que tener algo en qué ocuparte. Te dicen que no hay nada malo contigo y al día siguiente te despiertas sintiéndote igual… [Con la terapia] parece que te sientes mejor, y te da algo en qué ocuparte cuando empiezas a ponerte nervioso. Dices, «No, espera un minuto», piénsalo, respira un poco, y así te tranquilizas. Tienes un recurso con el que puedes luchar de manera activa contra los síntomas... [Ahora] cuando me siento en mi escritorio, puede que tenga un pequeño ataque. Luego, solo se irá de mi mente y ahí queda todo. Creo que antes solía sentarme y prepararme para el ataque. Ahora cuando me sucede, solo lo dejo pasar y trato de olvidarlo, respiro un poco, y suele funcionarme.

Cowings y Toscano (1982; Toscano y Cowings, 1982) intentaron distinguir los procesos que contribuyen a la reducción de la susceptibilidad en la cinetosis como resultado del entrenamiento de retroalimentación autógeno. Ellos afirman que si bien el entrenamiento de retroalimentación autógeno no tiene un efecto en la percepción del movimiento y el desequilibrio, sí mejora la tolerancia a los efectos desagradables de los movimientos de cabeza durante una rotación con velocidad constante. Se observó una mayor tolerancia después del entrenamiento de retroalimentación autógeno que cuando los individuos soportaron los mismos movimientos sin haber hecho el entrenamiento o mientras realizaban una tarea cognitiva diseñada para distraerlos de sus síntomas. Sin embargo, Cowings no presentó evidencia alguna que demostrara la existencia de un control de los síntomas del SNA por sí mismos (ver también Cowings, 1990). Esto significa que la tolerancia

puede haber mejorado a través de mecanismos indirectos, así como los que sugirieron Jones y Hatman (1984). No obstante, en ese caso, es evidente que el entrenamiento de retroalimentación autógeno puede promover un mayor sentido de confianza o de dominio que el que proporcionan las técnicas cognitivas de distracción usadas como una condición de control.

Dobie et al. (1987) analizaron la tolerancia a un entorno visual en rotación después del entrenamiento de la actividad muscular de la frente y de la temperatura de la mano por medio de la biorretroalimentación. Se comparó este entrenamiento con la terapia cognitivo-conductual, la cual incluía relajación y diez sesiones de «desensibilización sistemática» mediante la exposición a la rotación de un ambiente visual. En el grupo de biorretroalimentación, los individuos lograron obtener el control de las respuestas del electromiograma; no obstante, su tolerancia al movimiento en el campo visual no mejoró. La tolerancia de los individuos que recibieron la terapia cognitivo-conductual mejoró en la misma medida habiendo o no recibido el entrenamiento de biorretroalimentación de forma adicional. Sin embargo, una vez más, los efectos de adaptación, relajación, desensibilización sistemática y terapia cognitiva se confundieron bajo la condición de la terapia cognitivo-conductual.

- **Cambio en las percepciones y expectativas**

Además de reducir de manera directa la tensión y el componente psicológico de activación de la ansiedad, el entrenamiento de relajación le enseña al individuo una técnica activa para enfrentar el problema y también le demuestra que tiene algo de control sobre las situaciones o estados desagradables. El estímulo para investigar la naturaleza, la causa y el control de los síntomas en un ambiente seguro y terapéutico puede llevar a una modificación significativa de las creencias que antes causaban la ansiedad. El aspecto que explora las formas de rehabilitación que en un inicio estaban dirigidas a lograr cambios en la coordinación sensoriomotriz y la habilidad o el control del funcionamiento psicológico pueden darle al individuo la oportunidad de descubrir información de vital importancia. Por ejemplo, la terapia de ejercicios puede revelar que la desorientación provocada por el movimiento es autolimitante y controlable, y que ésta no anuncia el inicio de una crisis severa de vértigo. Además, puede revelar que los síntomas provocados por el movimiento forman parte del proceso de compensación, y no constituyen

señal alguna de una enfermedad recurrente. De manera similar, mientras el individuo aprende a reconocer y a controlar los síntomas autónomos, también aprende a reconocer que estos síntomas pueden ser simples indicadores de activación o niveles de ansiedad, y no señales de una enfermedad grave. En relación a esto, los fundamentos para emplear el entrenamiento de retroalimentación autógeno para lidiar con el vértigo son similares a la razón por la cual se utiliza «la terapia de exposición interoceptiva» en personas que sufren de ataques de pánico. Es interesante resaltar que se han utilizado las sensaciones vestibulares inducidas por rotación como un estímulo para este tipo de terapia.

El impacto de estos aspectos informativos de los programas de terapia de ejercicios y del entrenamiento de relajación y control de respiración no se ve debilitado por ningún motivo por la naturaleza al parecer «casual» del proceso de aprendizaje. En efecto, el descubrimiento activo de la naturaleza y límites de la experiencia del vértigo por medio de la investigación práctica puede ser la manera más poderosa mediante la que un individuo puede obtener información, creencias y confianza, necesarios para motivar y apoyar la reanudación de un estilo de vida adaptable y pleno (Bandura, 1982). Sin embargo, la rehabilitación puede también enfocarse de modo directo en los componentes evaluativos y deliberados del vértigo a través de la terapia cognitivo-conductual. En el capítulo 2, se resaltó que el consuelo que ofrecen de manera rutinaria los profesionales de la salud es, con frecuencia, insuficiente para aliviar los miedos a las consecuencias importantes y probables de los síntomas. Bandura sugiere que la información verbal es la menos efectiva y que las demostraciones conductuales representan la forma más efectiva de brindarle consuelo al paciente. Las evaluaciones positivas del potencial propio o de la competencia real, que provienen de las experiencias personales o indirectas de una actividad dirigida a cumplir objetivos con éxito, provee la motivación y confianza para alcanzar los objetivos deseados, y para vencer los obstáculos para el éxito(Bandura, 1977,1978, 1982). Se pueden lograr cambios beneficiosos en las percepciones de los síntomas y en la habilidad para lidiar con los mismos al explorar deliberadamente los parámetros de estos síntomas durante los programas de terapia de ejercicios. Realizar movimientos que pueden inducir el mareo puede interpretarse como un «experimento conductual» que le muestra al individuo el verdadero alcance de sus capacidades reales y potenciales. Esto tiene como resultado evaluaciones actualizadas de la autocompetencia. Mi propia experiencia me ha dado

un poco de evidencia (en efecto, anecdótica) de esto. En un estudio de los síntomas del SNA asociados con el vértigo, me vi en la obligación de pedirles a algunas personas que sufrían de vértigo que realizaran una serie de movimientos de la cabeza que lo provocan. Por supuesto, antes de hacerlos estaban ansiosas ya que la mayoría de ellas habían evitado realizarlos por meses o incluso por años. Sin embargo, después de realizar los movimientos de la cabeza, muchas de estas personas comentaron, con gran alivio, que las consecuencias habían sido muchos menos severas de lo que esperaban.

El aspecto informativo de los programas de terapia puede hacerse más explícito si se enfoca en los objetivos, las dificultades y los ambientes que son más prominentes para el individuo en cuestión. Por ejemplo, después de que se ha logrado obtener una competencia en un rango de movimientos y en condiciones perceptivas en la clínica, puede ser de gran ayudar establecer metas y objetivos explícitos en la práctica para demostrar competencias en situaciones de la vida real, como relajarse en un centro comercial lleno de personas, o bajar una escalera eléctrica (Beyts, 1987). Esto asegura que las habilidades, los conocimientos y la confianza adquiridos en un ambiente terapéutico puedan ser aplicados en ambientes de la vida cotidiana. Jeans y Orrell (1991) señalaron que casi toda la discapacidad de una mujer con síntomas de «espaciofobia» (mareos y miedo de caerse o salir) disminuyó de manera considerable gracias a la motivación que recibió por parte de su familia y terapeutas para tratar de realizar gradual pero sistemáticamente las actividades que había abandonado. Los testimonios de dos personas con vértigo cuyas terapias de ejercicios se complementaron con el establecimiento de objetivos por niveles también indican que este es un medio útil para moderar el ritmo de exposición a situaciones desorientadoras y para construir la confianza:

> Cuando me pasó por primera vez, no podía soportar ningún tipo de movimiento. Solo podía estar como máximo unos 5 minutos en un auto y tenía que bajarme porque me sentía muy mal… solo podía caminar hasta el final de la calle y avanzaba poco a poco. Luego me subía al bus, avanzaba algunos paraderos y la siguiente semana unos más. Y lo fui haciendo de a pocos. Tienes que trazarte objetivos. Bueno, lo primero que hice fue escribir las cosas que quería hacer. Escribía «caminar hasta la oficina de correos», que queda al final de la calle doblando a la derecha. Para cuando dejé la [terapia] ya había cumplido todos mis objetivos, algo que nunca pensé lograr... solo por caminar hacia la [ciudad] em-

pezaba a tambalearme, pero mientras regresaba después de haber llegado, me sentía bien pues lo había logrado.

Algunos aspectos de la terapia cognitivo-conductual se enfocan, de manera explícita, en exponer e investigar los miedos y las percepciones erróneos y, por ello, debería ser de verdad importante para conseguir consuelo verdadero con respecto a las ansiedades que acompañan al vértigo. Algunos terapeutas empiezan brindándole al individuo información general sobre su enfermedad y sobre teorías relacionadas a la etiología y recuperación. Esta etapa es similar a la de la explicación de la causa, el curso y el tratamiento del vértigo que ofrecen hoy en día los profesionales de la salud pero con un tiempo suficiente para abordar el tema amplia y detalladamente. Sin embargo, en una terapia cognitiva, el individuo se siente motivado a evaluar su experiencia particular con la finalidad de detectar los síntomas y procesos específicos e idiosincrásicos, las creencias relevantes, la conducta y los factores ambientales (Barlow et al., 1989). La exploración puede hacerse a través de una conversación con el terapeuta. Salkovskis y Clark (1991) ilustran de manera interesante esta forma de terapia para las personas que sufren de ataques de pánico al narrar el caso de una mujer ansiosa debido a las sensaciones de mareo. Mediante la comparación racional de sus sensaciones cuando estaba exaltada con las que antecedieron al desmayo

Cambio de actitud

En un estudio longitudinal, a las personas que habían indicado en las respuestas del cuestionario que estaban parcialmente discapacitadas a causa del vértigo (Yardley y Putman, 1992), se les envió seis meses después un segundo cuestionario donde se les pidió que indicaran si consideraban que el vértigo o su capacidad para lidiar con él había mejorado o empeorado y porqué. La mayoría de personas manifestó que podía lidiar con él y que se sentía menos discapacitada. Algunas atribuyeron su mejora a la remisión espontánea o al control de los síntomas con medicamentos. No obstante, la razón más común para esta mejora fue el cambio de actitud. Las personas encuestadas estaban menos ansiosas por las causas del vértigo y habían aceptado sus efectos: «Sé qué esperar y ya no me da miedo como antes», «Acepto cada día como es y trato de aprovecharlo al máximo», «He aprendido a vivir con ello y trato de ignorarlo».

Hasta cierto punto, la adaptación al vértigo parece resultar de la familiaridad con la experiencia prolongada:

> Cuando uno sufre por tanto tiempo de vértigo, de alguna manera te acostumbras.
>
> Es algo con lo que he tenido que aprender a vivir, ya no me molesta como antes, en verdad me he acostumbrado.
>
> Al comienzo, sí me preocupada por el futuro, pero ahora no me molesta en lo más mínimo. He tenido [vértigo] por un extenso y horrible periodo, y supongo que uno se acostumbra a todo.

Algunas personas creen que la provisión eventual que haberles dado un diagnóstico les permite dejar de preocuparse por su enfermedad, y aceptarla:

> Cuando uno aprende poco a poco qué es, aceptas el hecho de que tienes algo particular que no funciona bien, y así ya no parece tan mal.
>
> Sientes que si hay algo en qué apoyarte [es decir, un diagnóstico], entonces puedes lidiar con esto mejor.
>
> Creo que la única manera de enfrentar el vértigo es dejarlo atrás y olvidarlo lo más que puedas, o ser realista. Soy muy decidido, o sea, trato de que el vértigo no me impida realizar nada si lo puedo hacer, trato de que no me preocupe. Pensé: «Bueno, por lo menos no tengo dos cosas terribles [él sospechaba que tenía esclerosis múltiple o un tumor cerebral]. No me voy a morir por eso, así que tendré una actitud positiva».

Otras personas simplemente deciden que la mejor solución es tratar de no anticipar lo peor y aprovechar al máximo los periodos en los que no están enfermos ni discapacitados. Así también lo sugirieron los siguientes testimonios. (Debido a que la mayoría de fragmentos de este libro se obtuvieron de entrevistas a personas de una localidad marítima, los ejemplos para lidiar de manera exitosa con el vértigo parecen girar en torno al activo, desorientador y de algún modo arriesgado pasatiempo de la navegación).

> Sigue con tu vida, ve qué pasa hoy. Tal vez no te pase mañana, tal vez puede que no te pase por otras seis semanas. Tienes que dedicar el tiempo en que no te da vértigo a realizar cosas que haces con normalidad, haz lo que te gusta hacer. Si te gusta navegar, ve, pero anda con alguien que pueda manejar el bote; ya que si te pasa algo, alguien más puede tomar el mando y encargarse de la situación.

> He empezado a navegar de nuevo este verano, y es la primera vez que lo hago en años. Me he dado cuenta de que el [vértigo] me ha impedido hacer muchas cosas. He decidido que quiero navegar y si me siento mal después de hacerlo, lo soportaré y disfrutaré de la navegación.

Este último testimonio muestra cómo los dilemas paralizantes (ver capítulos 4 y 5) planteados por una inconsistencia entre los objetivos a largo plazo, tales como mantener un estilo de vida normal y una conducta orientada hacia el logro, así como cómo evitar realizar actividades que puedan provocar vértigo, se pueden solucionar estableciendo de manera consciente las prioridades y planeando acuerdos aceptables (Powers, 1973; Scheier y Carver, 1988).

A pesar de que la mayoría de los testimonios precedentes parezcan describir una adaptación bastante fácil y práctica al vértigo, las expresiones de determinación para poder enfrentarlo, tienen por lo común un tono decidido e incluso desesperado:

> Una mañana me senté en la cama y pensé: «Bueno, si no se va a ir, tendré que aprender a vivir con él. No dejes que te domine todo el tiempo». No puedes sentarte y quedarte pensando en ello, tienes que seguir con tu vida, y creo que es eso lo que he hecho.
>
> Tienes que acostumbrarte a esto, y al final o aprendes a enfrentarlo o terminas quedándote en casa. Así que decidí que no iba a afectarme, y después las cosas mejoraron.

En un estudio a personas con esclerosis múltiple, Pollock (1993) observó que el tema principal de las conversaciones de las personas que sufren de una enfermedad física crónica es lograr controlarla a través de la fuerza de voluntad. De cierto modo, Pollock resalta que esta retórica moralista, la cual se ve por lo general fortalecida por la familia, las personas que sufren de lo mismo, las personas saludables y los profesionales de la salud, representa un medio para ejercer presión en los enfermos o discapacitados con la finalidad de minimizar la desviación de su conducta normal. El peligro de dicha retórica es que el fracaso en «luchar» contra la enfermedad se le puede atribuir a la falta de motivación o a la debilidad del carácter. A pesar de que este libro puede ser en sí interpretado como un apoyo implícito a la noción normativa que señala que las reacciones ansiosas y pasivas ante el vértigo son inde-

seables, se ha evitado el aspecto condenatorio en potencia de este discurso al dar un énfasis repetitivo de la naturaleza comprensible y justificable de dichas reacciones. Además, Pollock también observa que la idea de luchar contra esta enfermedad es, en definitiva, muy común en las personas que la padecen y está asociada con una alta autoestima. En parte, esto se debe a que el ideal para «lidiar con éxito» con la enfermedad le da a los enfermos un objetivo positivo, y la oportunidad de demostrar su competencia y de recuperar una identidad social respetada. En realidad, es interesante observar cómo muchas personas han relacionado la idea de que podían superar sus problemas con «comparaciones descendentes» (ver capítulo 5) con otras personas que supuestamente no pudieron obtener dicho control sobre una enfermedad más grave:

> «No puedes dejar que domine tu vida», es lo que siempre digo. Tienes que alejarlo lo más que puedas, no puedes sentir lástima de ti mismo. Creo que tengo mucha suerte de no estar peor, o sea, no tengo artritis ni ninguna otra enfermedad que no me deje hacer nada.
>
> Hay veces en que salgo y me pregunto: « ¿Me voy a poner mal?», y digo «No debo pensar así, ya he progresado mucho»; así que en vez de pensar en negativo pienso en positivo. O sea, hay veces en las que me siento muy deprimida, y, bueno, luego me digo: «Creo que hay personas que están peor».

Manejo activo del vértigo y del medio ambiente

> Incluso hasta llegué al punto en el que me pregunté: « ¿Tendré que dejar mi trabajo?, ¿tendré que mudarme?», pensaba en esas cosas. Tenemos la suerte de vivir en un bungalow, no tenía que subir escaleras y así sentía que no podía hacerme daño. Si pasara algo y yo no pudiera manejar, casi tendríamos que mudarnos a un lugar que esté cerca de una estación o a un mejor bus. Esa era una de las cosas en las que pensaba cuando volví a trabajar. Pensaba: «En caso extremo, por lo menos podré hacer [programación de computadoras] sentada». Esa no era la única razón por la que escogí el trabajo, pero sí era algo en lo que pensaba. Si me sentía mal y no podía moverme, al menos había algo que podía hacer.

Así como indica la sección anterior, a pesar de que el diagnóstico y tratamiento médico se consideran por lo general como el método principal

para dominar el vértigo, las personas que lo sufren no son dependientes pasivos, ni carecen de sentido crítico sobre los recursos y la guía que ofrecen los profesionales de la salud. En sus intentos por entender y lidiar con el vértigo, muchos individuos han experimentado de manera informal varios tipos y dosis de medicamentos, así como la acupuntura, los remedios homeopáticos, las dietas y la curación por la fe. Además, se utilizan muchas otras fuentes de información sobre el vértigo aparte de las que brindan los profesionales médicos. Algunas personas utilizan manuales médicos para tomar decisiones personales sobre los diagnósticos y el tratamiento. Otras personas consideran que otros pacientes pueden dar los consejos más pertinentes, así como confirmar independiente y convincentemente de lo que han percibido de sus propias experiencias. De hecho, en un cuestionario de estudio de 127 de personas que sufren de vértigo (Yardley, 1993b), el 77 %informó que habían investigado en libros, periódicos, artículos de periódicos o programas de televisión sobre el vértigo, y el 40 % dijo haber revisado libros de medicina. Además, mientras que el 42 % de las personas que respondieron el cuestionario informaron que les pidieron consejos prácticos a sus amigos o parientes, el 73 % trató de hablar con personas que sufrían de problemas similares.

Las personas que sufren de vértigo emplean una serie de estrategias para controlar su enfermedad y llevar un estilo de vida activo pero un poco adaptado. Algunas de estas estrategias involucran la alteración del modo en el que realizan sus actividades rutinarias para evitar exceder sus limitadas capacidades perceptivo-motrices y exponer al individuo al peligro:

> Me sentía bien [manejando bicicleta], siempre y cuando avanzara derecho y no hiciera señales con las manos. Así que no hacía ninguna. Solía bajarme de la bicicleta y caminar con ella en las esquinas. Por supuesto, no iba por avenidas principales.
>
> No debes caminar cerca del borde de las veredas o cerca de una estación de tren porque sabes qué podría pasarte. Tienes que estar consciente de ello, no pensar en eso todo el tiempo; pero eso sí, debes tener en cuenta qué te puede pasar, y tienes que esforzarte y mantenerte en situaciones razonablemente seguras.
>
> [Cuando me da un ataque] tengo que entrar a una oficina y recostarme por 10 minutos. Luego me levanto poco a poco apoyándome en los codos y me siento con la espalda contra la pared. Después y utilizándola de apoyo todo el tiempo, me pongo de pie muy lento.

Algunos individuos han encontrado nuevas e ingeniosas maneras de utilizar artefactos comunes a su discreción, como apoyo en caso sea necesario.

> Me compré una casa rodante y así cuando viajaba a algún lugar, al menos tenía dónde dormir. Además, también tenía donde vomitar sin que nadie me viese.
>
> Cuando no hay nada a tu alrededor, sientes como si no pudieses mantener el equilibrio. Yo tengo un carrito de supermercado y aunque es de cuatro ruedas, es muy pero muy firme, y cuando salgo lo llevo conmigo. Tengo que tener algo en qué apoyarme con la mano derecha; eso es mi carrito (no puedo apoyarme con la mano izquierda porque me voy para la derecha).

Las personas que sufren de vértigo describieron otra táctica. Esta táctica consiste en utilizar zapatos bajos con una suela delgada antideslizante para aumentar la disponibilidad de información somatosensorial útil y reducir el riesgo de caerse. Por lo general, las personas que sufren de vértigo observan que se puede reducir la discapacidad alterando las características del ambiente físico y social. Una persona reemplazó el papel tapiz de diseño llamativo del cuarto por uno de color neutro. De este modo, al echarse en la cama durante una crisis aguda, el entorno visual era menos desorientador. Una mujer que no podía manejar más, creó un grupo de usuarios de buses locales y se dio cuenta de que esto le daba beneficios sociales.

En la publicación inusual de un testimonio personal sobre cómo adaptarse a la experiencia del vértigo, Shereen Farber (1989) describe cómo encontró varias maneras constructivas de alterar su conducta y el ambiente para enfrentar la enfermedad de Ménière. En los días posteriores a la primera crisis aguda de vértigo, Farber aprendió a vestirse sin tener que agacharse o balancearse en una pierna y de inmediato, consultó información médica para investigar más sobre su enfermedad mientras esperaba la consulta con un doctor. En las siguientes semanas, aprendió a pasear más despacio a su perro y desarrolló una nueva técnica para jugar bolos sin tener que realizar movimientos desorientadores. También aprendió a reubicar la posición de sus instrumentos quirúrgicos en el trabajo para reducir la cantidad de movimientos de cabeza requeridos. Incluso construyó un soporte para su microscopio quirúrgico. Por consiguiente, adaptó su conducta de manera deliberada para ayudar al proceso de compensación y reanudación de los patrones de actividad normales. Sin embargo, Shereen Farber recibió ayuda de un experto en el tema de técnicas de rehabilitación, y escribió lo siguiente:

> Tal vez otras personas hubiesen sido capaces de realizar las adaptaciones necesarias a sus actividades ocupacionales; esto es, en definitiva, verdadero. Sin embargo, las habilidades para resolver problemas y la creatividad que desarrollé durante mis años de terapeuta ocupacional me permitieron adaptarme de forma rápida a la enfermedad. No obstante, a pesar de todas mis habilidades y recursos, sufrí una considerable tensión emocional (p. 342).

Así como los factores sociales cumplen un rol importante en la discapacidad asociada al vértigo (ver capítulo 5), se puede facilitar la adaptación por medio del conocimiento, apoyo y ejemplo que pueden proveer las personas cercanas al individuo involucrado o aquellas que han sufrido experiencias similares (Bandura, 1982; Beyts, 1987; Pearce y Erskine, 1989). Se puede emplear la influencia del ambiente social para mejorar los beneficios de la terapia al motivar la participación de la familia en el programa de rehabilitación, o al organizar un grupo de terapia que permita que los miembros se beneficien del apoyo, de la experiencia y del ejemplo que cada uno puede aportar. Sin lugar a dudas, este último tipo de apoyo puede encontrarse también en programas oficiales de terapia externa, como grupos de autoayuda. En el Reino Unido, la «Sociedad de Ménière» es el único grupo de este tipo para las personas que sufren de vértigo, mientras que en los Estados Unidos, el grupo más conocido es la Asociación de Desórdenes Vestibulares (VEDA, por sus siglas en inglés). Es interesante resaltar que si bien los miembros de la Sociedad de Ménière entrevistados en los estudios reportaron que la información y el apoyo que se les brindó fueron de gran ayuda, aprendieron más sobre la sociedad por medio de amigos y de los medios de comunicación que a través de los profesionales de la salud. Los ambientes médicos no promueven en gran magnitud la existencia de la sociedad, y algunos médicos manifiestan la preocupación que tienen de que los temores de los pacientes empeoren al conocer a personas que hayan sufrido peores situaciones o experiencias a causa del mismo trastorno. No se han hecho investigaciones para determinar si esto es un riesgo serio o si los costos potenciales superan a los beneficios de un grupo de autoayuda. Sin embargo, existe evidencia que sugiere que, por lo común, los pacientes están dispuestos a recibir información adicional sobre su enfermedad, incluso cuando esto implica un conocimiento potencialmente inquietante (Ley, 1988) y saber que hay personas que están más afectadas que ellos por la enfermedad en realidad tiende a aumentar la confianza (Taylor, 1983).

Conclusiones

En este capítulo, se ha descrito una amplia variedad de tipos de información, exploración, apoyo y terapia. Cada una de ellas ha probado potencialmente o (de manera parcial) su utilidad para mejorar los distintos aspectos de la experiencia del vértigo. Los medicamentos, la cirugía y las distintas formas de ejercicios o fisioterapia pueden ayudar a limitar la discapacidad (la desorientación y el desequilibrio), a recuperar y mejorar la función sensoriomotriz. Para reducir la ansiedad, la sobreactivación y para liberarse de los miedos exagerados o irreales que alimentan el ciclo de angustia y restricción de la conducta, se pueden utilizar una serie de técnicas de relajación asociadas con una exploración deliberada y controlada de las sensaciones, situaciones y actividades temidas. Además, se puede elegir o modificar el ambiente físico y social para minimizar los riesgos (que van desde la inestabilidad hasta la vergüenza) y brindar información, oportunidades y apoyo, ya sea en la forma de un ambiente que requiera que la coordinación sensoriomotriz sea mínima y donde el individuo puede descansar y recuperarse de manera segura, o por medio de las personas que ayuden con su empatía, consejos, motivación o apoyo.

El análisis precedente de los procesos involucrados en la modificación del vértigo, sugiere que, así como los elementos negativos de la experiencia del vértigo tienen características multifacéticas e interactivas, los beneficios de la terapia y de las medidas activas para lidiar con el vértigo pueden también ser multidimensionales. Por consiguiente, parte del efecto de la terapia de ejercicios puede proceder de la demostración concreta de que el movimiento no provocará un mareo insoportable e incontrolable. Del mismo modo, el valor de la enseñanza de las técnicas de relajación puede, en realidad, hacer que la confianza mejore a través de la adquisición de una habilidad para enfrentar el vértigo. En cambio, la motivación para experi-

mentar sensaciones de miedo o reanudar las temibles actividades (al utilizar métodos de «exposición gradual» o «desensibilización sistemática») puede tener beneficios físicos al brindar oportunidades de enseñanza necesarias para la compensación central y para el desarrollo de la coordinación y habilidad sensoriomotriz.

A pesar de que este capítulo brinda un análisis del uso potencial de las distintas formas de información, terapia y apoyo, se necesita investigar más para evaluar de forma sistemática el valor relativo real de cada terapia. Por ejemplo, hasta el momento no existen comparaciones aleatorias bien llevadas de las distintas terapias de medicamentos con diferentes programas de ejercicios, ni de la fisioterapia con terapia cognitivo-conductual y entrenamiento de retroalimentación autógeno. Además, aparte de los fallos metodológicos presentes en los ensayos clínicos detallados en las secciones anteriores en este capítulo, han surgido preguntas importantes sobre los efectos recíprocos de las distintas combinaciones de las terapias que pueden mejorar o (dificultar) los procesos de rehabilitación que poco se han investigado en el contexto del vértigo. Es por ello que se desconoce si el entrenamiento de relajación o la terapia cognitiva podría aumentar el cumplimiento de los programas de ejercicios al darle al individuo un método con el cual pueda enfrentar las sensaciones aterradoras provocadas por los ejercicios, o si la terapia conductual puede ser combinada de manera útil con los ejercicios para asegurar que la mejora de las habilidades físicas y de la confianza se manifiesten también en la conducta fuera del entorno terapéutico. Se espera que el futuro desarrollo de formas de rehabilitación busque entender, abordar y explotar los complejos procesos recíprocos que contribuyen tanto al mantenimiento como a la intensificación de una discapacidad, como a la adaptación o a la habituación al vértigo.

Anexos

Figura 1. DIAGRAMA ESQUEMÁTICO DE LOS ELEMENTOS CLAVE DEL ORGANO VESTIBULAR

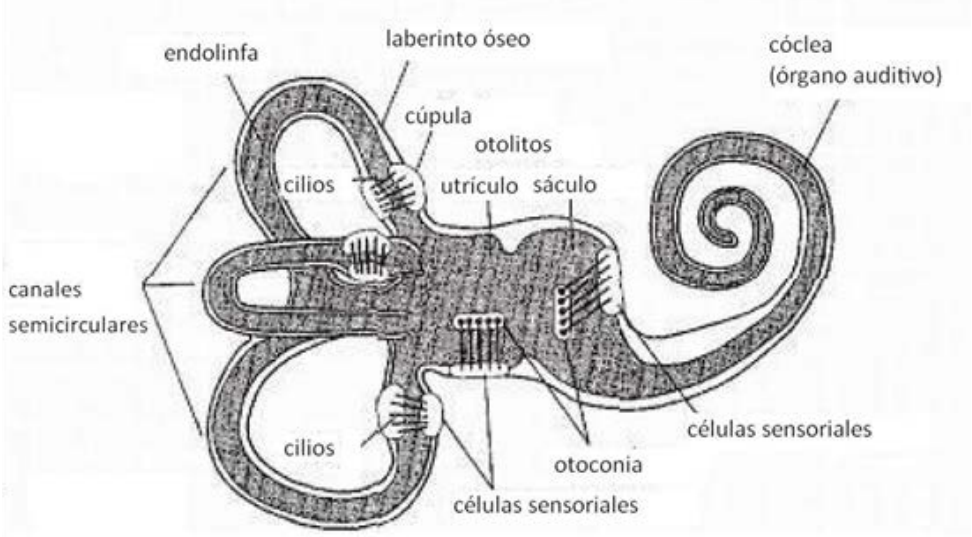
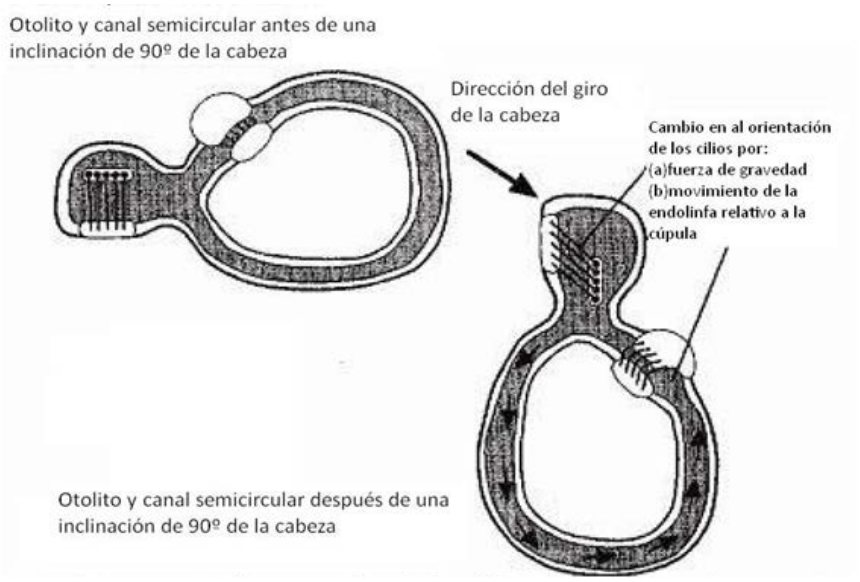


Figura 2. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS EFECTOS BIOMECÁNICOS DE UNA INCLINACIÓN DE NOVENTA GRADOS (HACIA ADELANTE) DE LA CABEZA



Referencias bibliográficas

Abe, K., Amatomi, M., & Kajiyama, S. (1970). Genetical and developmental aspects of susceptibility to motion sickness and frost-bite. Human Heredity, 20, 507-516.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

Alexander, R.A. & Barrett, G.V. (1975). Relationship between perceptual style and responses to visual motion under active and passive viewing conditions. Journal of Applied Psychology, 60, 507- 512.

Allum, J.H.J., Honegger, F., Ura, M., & Pfaltz, C.R. (1989). Automatic electronystagmus analysis and documentation: recent advances in the study of vestibular, optokinetic and pursuit tracking function. Otorhinolaryngology, 51, 14-32.

Allum, J.H.J., Keshner, E.A., Honegger, F., & Pfaltz, C.R. (1988). Indicators of the influence a peripheral vestibular deficit has on vestibulo-spinal reflex responses controlling postural stability. Acta Otolaryngologica, 106, 252-263.

Allum, J.H.J. & Pfaltz, C.R. (1985). Visual and vestibular contributions to pitch sway stabilization in the ankle muscles of normals and patients with bilateral vestibular deficits. Experimental Brain Research, 58 , 82-94.

Andersen, G.J., & Braunstein, M.L. (1985). Induced self-motion in central vision. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 11, 122-132.

Andersen, R. & Bury, M. (1988). Living with chronic illness. London: Unwin Hyman.

Appley, M.H. & Trumbull, R. (1986). Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives. New York: Plenum Press. Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. In H.O.F. Veiel & V. Baumann (1992). The meaning and measurement of social support. New York: Hemisphere Publishing.

Arntz, A. & Schmidt, A.J.M. (1989).Perceived control and the experience of pain. In A. Steptoe & A. Appels (Eds) Stress, personal control and health.
Chichester: Wiley.

Austin, J. (1992). Meniere's disease: the psychological aspects of the condition, with particular reference to coping and locus of control. Unpublished M.Sc. thesis: University of Exeter.

Baddeley, A.D. (1986). Working memory . Oxford: Oxford University Press.

Baddeley, A.D. (1990). Human memory: theory and practice. London: Lawrence Erlbaum.

Baddeley, A.D. & Lieberman, K. (1980). Spatial working memory. In R.S. Nickerson (Ed) Attention and performance, Vol. VIII. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Bagger-Sjoback, D. (1988). Surgical treatment of vertigo.Acta Otolaryngologica (Suppl.), 455 , 86-89. Ballantyne, J.C. & Ajodhia, J.M. (1984). Iatrogenic dizziness. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.
Baloh, R.W. (1992). Dizziness in older people. Journal of the AmericanGeriatric Society, 40, 713-721.

Baloh, R.W. & Honrubia, V. (1990). Clinical Neurophysiology of thevestibular system (2nd Ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviouralchange. Psychological Review, 84 , 191-215.

Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. AmericanPsychologist, 33 , 344-358.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency.AmericanPsychologist, 37, 122-147.

Barber, H.O. (1983). Meniere's disease: symptomatology. In W.J.Oosterveld (Ed) Meniere's disease: a comprehensive appraisal . Chichester:Wiley.

Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A., & Klosko, J.S. (1989). Behavioraltreatment of panic disorder. Behavior Therapy, 20 , 261-282.

Barrett, G.V. & Thornton, C.L. (1968). Relationship between perceptualstyle and simulator sickness. Journal of Applied Psychology, 52 , 258-264.

Barrett, G.V., Thornton, C.L., & Cabe, P.A. (1970). Cue conflict related toperceptual style. Journal of Applied Psychology, 54 , 304-308.

Baumann, L.J., Cameron, L.D., Zimmerman, R.S. & Leventhal, H. (1989).Illness representations and matching labels with symptoms. HealthPsychology , 8, 449-469.

Benson, A.J. (1984). Motion Sickness. In M.R. Dix and J.D. Hood (Eds)Vertigo . Chichester: Wiley.

Ben-Zeev, A. (1984). What is a perceptual mistake? The Journal of Mindand Behavior , 5, 261-278.

Bernstein, N.A. (1967). The co-ordination and regulation of movement.New York: Pergamon Press.

Bertenthal, B.I., Campos, J.J. & Barrett, K.C. (1983). Self- producedlocomotion: an organizer of emotional, cognitive and social development ininfancy. In R. Emde & R. Harman (Eds) Continuities and discontinuities indevelopment . New York: Plenum Press.

Berthoz, A., Pavard, B., & Young, L.R. (1975). Perception of linearhorizontal self-motion induced by peripheral vision (linearvection): basiccharacteristics and visual-vestibular interactions. Experimental BrainResearch, 23, 471-489.

Beyts, J.P. (1987). Vestibular rehabilitation. In D. Stephens (Ed) Adultaudiology, Scott-Brown's Otolaryngology (5th ed.). London: Butterworths.

Black, F.O. (1985). Vestibulospinal function assessment by movingplatform posturography. American Journal of Otology, (Suppl.), Nov, 39-46.

Black, F.O. & Nashner, L.M. (1984a). Postural disturbance in patients withbenign paroxysmal positional vertigo. Annals of Otology, Rhinology andLaryngology, 93 , 595-599.

Black, F.O. & Nashner, L.M. (1984b). Vestibulo-spinal control differs inpatients with reduced versus distorted vestibular function. ActaOtolaryngologica (Suppl.), 406 , 110-114.

Black, F.O. & Nashner, L.M. (1985). Postural control in four classes ofvestibular abnormalities. In M. Igarashi & F.O. Black (Eds) Vestibular andvisual control on posture and locomotor equilibrium . Basel: Karger.

Black, F.O., Shupert, C.L., Horak, F.B., & Nashner, L.M. (1988). Abnormalpostural control associated with peripheral vestibular disorders. In O.Pompeiano & J.H.J. Allum (Eds) Vestibulospinal control of posture andlocomotion . Amsterdam: Elsevier.

Black, F.O., Shupert, C.L., Peterka, R.J., & Nashner, L.M. (1989). Effects ofunilateral loss of vestibular function on the vestibulo- ocular reflex andpostural control. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 98,884-889.

Black, F.O., Wall, C., & Nashner, L.M. (1983). Effects of visual and supportorientation references upon postural control in vestibular deficient subjects.Acta Otolaryngologica, 95, 199-210.

Bles, W., Kapteyn, T.S., Brandt, T., & Arnold, F. (1980). The mechanism ofphysiological height vertigo II. Posturography. Acta Otolaryngologica, 89,534-540.
Bles, W., De Jong, J.M.B.V., & De Wit, G. (1984). Somatosensorycompensation for loss of labyrinthine function.Acta Otolaryngologica, 97,213-221.

Bles, W., De Jong, H.A.A., & Oosterveld, W.J. (1984). Prediction ofseasickness susceptibility. In Motion sickness: mechanisms, prediction,prevention and treatment. Proceedings of the AGARD symposium, May1984, Williamsburg, VA. Loughton, England.

Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.B., Haney, T., &Zimet, G. (1987). Social support, Type A behaviour, and coronary arterydisease. Psychosomatic Medicine, 49, 331-340.

Brackmann, D.E. (1983). Meniere's disease: surgical treatment. In W.J.Oosterveld (Ed) Meniere's disease: a comprehensive appraisal . Chichester:Wiley.

Brandt, T. (1984). Visual vertigo and acrophobia. In M.R. Dix & J.D. Hood(Eds)Vertigo . Chichester: Wiley.

Brandt, T. (1991).Vertigo: its multisensory syndromes. London:Springer-Verlag.

Brandt, T., Arnold, F., Bles, W., & Kapteyn, T.S. (1980).The mechanism ofphysiological height vertigo I. Theoretical approach and psychophysics.Acta Otolaryngologica, 89 , 513-523.

Brandt, T. & Daroff, R.B. (1979).The multisensory physiological andpathological vertigo syndromes. Annals of Neurology, 7, 195- 203.Brightwell, D.R. & Abramson, M. (1975). Personality characteristics inpatients with vertigo. Arch. Otolaryngol. 101 , 364-366

Brown, G.W. & Andrews, B. (1986). Social support and depression. InM.H. Appley & R. Trumbull (Eds) Dynamics of stress: physiological,psychological and social perspectives . New York: Plenum Press.

Browning, G.G. (1986). Clinical otology and audiology . London:Butterworths.

Browning, G.G. (1991). Medical treatment for vertigo. In J.D. Hood & L.M.Goeting (eds) Current approaches to vertigo . Dorchester: Duphar.

Calkins, D.S., Reshke, M.F., Kennedy, R.S., & Dunlop, W.P. (1987).Reliability of provocative tests of motion sickness susceptibility. Aviation,Space and Environmental Medicine, 58 (Suppl.), A50-A54.

Chrits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects forthe design and analysis of comparative studies of psychotherapies. Journal ofConsulting and Clinical Psychology , 59, 20-26.

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: a cognitive-perceptualmodel of somatic interpretation. Psychological Bulletin , 109 , 25-41.

Clark, B., & Stewart, J.D. (1973). Relationship between motion sicknessexperience and tests of the perception of rotation in pilots and nonpilots.Aerospace Medicine, 44, 393-396.

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chalkey, A.J. (1985). Respiratory controlas a treatment for panic attacks. Journal of Behavioural Therapy andExperimental Psychiatry, 16 , 23-30.

Clement, G., Jacquin, T., & Berthoz, A. (1985). Habituation of posturaladjustments induced by moving visual scenes. In M. Igarashi & F.O. Black(Eds) Vestibular and visual control on posture and locomotor equilibrium.Basel: Karger.

Clement, G., Berthoz, A., & Lestienne, F. (1987).Adaptive changes inperception of body orientation and mental image rotation in microgravity.Aviation, Space and Environmental Medicine, 58 (Suppl.), A159-A163.

Cohen, S. (1992). Stress, social support and disorder. In H.O.F.

Veiel & V.Baumann (1992).The meaning and measurement of social support. NewYork: Hemisphere Publishing.

Cohen, M.A., & Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, copingdispositions, and recovery from surgery. Psychosomatic Medicine, 35,375-389.

Coker, N.J., Coker, R.R., Jenkins, H.A., & Vincent, K.R. (1989).Psychological profile of patients with Meniere's disease. Archives ofOtolaryngology, Head and Neck Surgery, 115 , 1355-1357.

Conrad, P. (1990). Qualitative research and chronic illness: a commentaryon method and conceptual development. Social Science in Medicine, 30,1257-1263.

Corbin, J. & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: threelines of work. Qualitative Sociology, 8, 224-7.

Cowings, P.S. (1990). Autogenic feedback training: a treatment for motionand space sickness. In G.H. Crampton (Ed) Motion and Space Sickness.Boca Raton: CRC Press.

Cowings, P.S. & Toscano, W.B. (1982). The relationship of motion sicknesssusceptibility to learned autonomic control for symptom suppression.Aviation, Space and Environmental Medicine, 53 , 570-575.

Coyne, J.C. & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic andcatastrophic illness. In Akamatsu, T.J., Stephens, M.A.P., Hobfoll, S.E. &Crowther, J.H. (Eds) Family health psychology. (ref)

Cramer, D.B., Graybiel, A., & Oosterveld, W.J. (1978). Successful transferof adaptation acquired in a slow rotation room to motion environments innavy flight training. Acta Otolaryngologica, 85, 74-84.

Crary, W.G., & Wexler, M. (1977). Meniere's disease: a psychosomaticdisorder? Psychological Reports, 41 , 603-645.

Crowley, J.S. (1987). Simulator sickness: a problem for army aviation.Aviation, Space and Environmental Medicine , 58, 355-357.

Crown, S., & Crisp, A.H. (1979). Manual of the Crown-Crisp ExperientialIndex. London: Hodder & Stoughton.

Cyr, D.G., Moller, C.G., & Moore, G.F. (1989). Clinical experience with thelow-frequency rotary chair test. Seminars in Hearing, 10, 172-189.

de Jong, J.M.B.V. & Bles, W. (1986). Cervical dizziness and ataxia. In W.Bles & T. Brandt (Eds) Disorders of posture and gait. Amsterdam: Elsevier.Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L.

(1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): a self-report symptominventory. Behavioral Science, 19 , 1-15.

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition.(1987). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Dichgans, J., & Brandt, T. (1978). Visual-vestibular interaction, spatiallocalization and related types of motion perception. In R. Held., H.W.Leibowitz., & H.L. Teuber (Eds.) Handbook of sensory physiology, Vol.V111. Berlin: Springer.

Dichgans, J. & Diener, H.-C. (1989). The contribution of vestibulo-spinalmechanisms to the maintenance of human upright posture. ActaOtolaryngologica, 107 , 338-345.

Dichgans, J., Held, R., Young, L.R., & Brandt, T. (1972). Moving visualscenes influence the apparent direction of gravity. Science, 178, 1217-1219.

Dix, M.R. (1984a). The clinical examination and pharmacological treatmentof vertigo. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Dix, M.R. (1984b). Rehabilitation of vertigo. In M.R. Dix & J.D. Hood(Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Dix, M.R. & Hood, J.D. (1984). Vertigo . Chichester: Wiley.DiZio, P.A. & Lackner, J.R. (1986). Perceived orientation, motion andconfiguration of the body during viewing of an off vertical, rotating surface.Perception and Psychophysics, 39, 39-46.

Dobie, T.G. (1969). Airsickness during flying training. In Medico- legalaspects of aviation: recent advances in aerospace medicine, AGARD/NATOConference Proceedings No. 61. Florence.

Dobie, T.G. & May, J.G. (1990). Generalization of tolerance to motionenvironments. Aviation, Space and Environmental Medicine, 61 , 707-711.

Dobie, T.G., May, J.G., Fischer, W.D., Elder, S.T., & Kubitz, K.A. (1987).A comparison of two methods of training resistance to visually-inducedmotion sickness. Aviation, Space and Environmental Medicine, 58 (Suppl.),A34-A41.

Dowd, P.J., & Cramer, R.L. (1971). Relationship of pentathlon sports skills
to vestibulo-ocular responses to coriolis stimulation. Aerospace Medicine,42, 956-958.

Drachman, D.A. & Hart, C.W. (1972). An approach to the dizzy patient.Neurology, 22, 323-334.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge forbiomedicine. Science, 196 , 129-136.

Endler, N.S. (1988). Hassles, health and happiness. In M.P. Janisse (Ed)Individual differences, stress, and health psychology. New York:Springer-Verlag.

Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990a). Stress and anxiety: conceptual andassessment issues. Stress Medicine, 6, 243-248.

Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990b). Multidimensional assessment ofcoping: a critical evaluation. Journal of Personality and Social Psychology,58, 844-854.
Erlandsson, S.I., Rubinstein, B., & Carlsson, S.G. (1991).Tinnitus:evaluation of biofeedback and stomatognathic treatment. British Journal ofAudiology, 25, 151-161.

Eysenck, M.W. (1987). Trait theories of anxiety. In J. Strelau & H.J.Eysenck (Eds) Personality dimensions and arousal . New York: PlenumPress.

Fahrenberg, J. (1987). Concepts of activation and arousal in the theory ofemotionality (neuroticism): a multivariate conceptualization. In J. Strelau &H.J. Eysenck (Eds) Personality dimensions and arousal . New York: PlenumPress: New York.

Farber, S.D. (1989). Living with Meniere's disease - an occupationaltherapist's perspective. American Journal of Occupational Therapy , 43,341-343.

Felton, B.J. & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a studyof illness controllability and the influence of coping strategies onpsychological adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology,52, 343-353.

Fieandt, von K., & Mosutgaard, I.K. (1977).The perceptual world. London:
Academic Press.Filipp, S-H., Klaner, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of copingeffectiveness. Psychology and Health, 4, 305- 317.

Fitzpatrick, R. (1984a). Satisfaction with health care. In R. Fitzpatrick, J.Hinton, S. Newman, G. Scambler, & J. Thompson (Eds) The experience ofillness, pp. 154-178. London: Tavistock.

Fitzpatick, R. (1984b). Lay concepts of illness. In R. Fitzpatrick, J. Hinton,S. Newman, G. Scambler, & J. Thompson (Eds) The experience of illness,pp. 11-31. London: Tavistock.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in amiddle-aged community sample. Journal of Health and Social Behaviour, 21,219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process:study of emotion and coping during three stages of a college examination.Journal of Personality and Social Psychology, 48 , 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Shetter, C., Delongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, andencounter outcomes. Journal of Personlaity and Social Psychology, 50 ,992-1003.

Ford, D.H. (1987). Humans as self-constructing living systems: adevelopmental perspective on personality and behavior. Hillsdale, N.J.:Lawrence Erlbaum.

Ford, D.H. & Ford, M.E. (1987). Humans as self-constructing livingsystems: an overview. In M.E. Ford & D.H. Ford (Eds) Humans asself-constructing living systems: putting the framework to work . Hillsdale,N.J.: Lawrence Erlbaum.

Forssberg, H & Nashner, L.M. (1982). Ontogenetic development of posturalcontrol in man: adaptation to altered support and visual conditions duringstance. Journal of Neuroscience, 2, 545-552.

Frank, L.H. & Casali, J.G. (1986). Simulator sickness: a review of its costs,countermeasures and prediction . Aerospace Technology Conference andExposition, Long Beach California. Warrendale, P.A.: Society ofAutomotive Engineers.

Frankenhauser, M. (1986). A psychobiological framework for research onhuman stress and coping. In M.H. Appley & R. Trumbull (Eds) Dynamics ofstress: physiological, psychological and social perspectives . New York:Plenum Press.

Frese, M. (1986). Coping as a moderator and mediator between stress atwork and psychosomatic complaints. In M.H. Appley & R. Trumbull (Eds)Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives.New York: Plenum Press.

Fukuda, T. (1975). Postural behaviour and motion sickness.ActaOtolaryngologica (Suppl.), 330, 9-14.

Gale, A. (1987). Arousal, control, energetics and values -- an attempt atreview and appraisal. In J. Strelau & H.J. Eysenck (Eds) Personlaitydimensions and arousal . New York: Plenum Press.

Gallagher, J.D. (1984). Influence of developmental information processingabilities on children's motor performance. In W.F. Straub & J.M. Williams(Eds) Cognitive sport psychology. Lancing: Sport Science Associates.

Gibson, J.J. (1966). The senses considered as perceptual systems. ProspectHeights: Waveland Press.

Gibson, J.J. (1979). The ecological approach to visual perception. Boston:Houghton-Mifflin.

Gibson, J.J. (1986). The ecological approach to visual perception. Hillsdale,N.J.: Lawrence Erlbaum.

Gilbert, P. (1984). Depression: from psychology to brain state . Hillsdale,N.J.: Lawrence Erlabuam.

Giles, D.A. & Lochridge, G.K. (1985). Behavioural airsickness managementprogram for student pilots. Aviation, Space and Environmental Medicine, 56,991-994.

Giorgi, A. (1977). The implications of Merleau-Ponty's thesis of "Theprimacy of perception" for perceptual research in psychology. Journal ofPhenomenological Psychology, 8, 81-102.

Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. InA. Giorgi (Ed.) Phenomenology and psychological research (pp. 8-22).Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Goffman, E. (1963). Stigma: notes on the management of a spoiled identity.New Jersey: Prentice-Hall.

Goudsmit, E.M. & Gadd, R. (1991). All in the mind? The psychologisationof illness. The Psychologist, 4, 449-437.

Graybiel, A. (1969). Structural elements in the concept of motion sickness.Aerospace Medicine, 40 , 351-367.

Graybiel, A., Kennedy, R.S., Knoblock, E.C., Guedry, F.E., Mertz, W.,McLeod, M.E., Colehour, M.S., Miller, E.F., & Fregly, A.R. (1965). Effectsof exposure to a rotating environment (10rpm) on four aviators for a period oftwelve days. Aerospace Medicine , 36, 733-754.

Graybiel, A. & Knepton, J. (1972). Direction-specific adaptation effectsacquired in a slow rotation room. Aerospace Medicine , 43, 1179-1189.

Graybiel, A. & Knepton, J. (1978)a. Bidirectional overadaptation achievedby leftward or rightward head movements during unidirectional rotation.Aviation, Space and Environmental Medicine , 49, 1-4.

Graybiel, A. & Knepton, J. (1978)b. Prevention of motion sickness in flightmaneuvers, aided by transfer of adaptation effects acquired in the laboratory:10 consecutive referrals. Aviation, Space, and Environmental Medicine , 49,914-919.

Graybiel, A., & Lackner, J.R. (1980). A sudden-stop vestibulovisual test forrapid assessment of motion sickness manifestations. Aviation, Space andEnvironmental Medicine, 51, 21-23.

Graybiel, A., & Lackner, J.R. (1983). Motion sickness: acquisition andretention of adaptation effects in three motion environments. Aviation, Spaceand Environmental Medicine, 54, 307-311.

Green, J.D., Shelton, C., & Brackmann, D.E. (1992). Middle Fossavestibular neurectomy in retrolabyrinthine neurectomy failures. Archives ofOtolaryngology, Head and Neck Surgery , 118 , 1058-1060.

Griffin, N.S. & Keogh, J.F. (1982). A model for movement confidence. InJ.A.S. Kelso & J.E. Clark (Eds) The development of movement control andcoordination . Chichester: Wiley.

Grimm, R.J., Hemenway, W.G., Lebray, P.R., & Black, F.O. (1989). Theperilymph fistula syndrome defined in mild head trauma. Acta Otolaryngol(Suppl.), 464 , 1-40.

Grisby, J.P. & Johnston, C.L. (1989). Depersonalization, vertigo andMeniere's disease. Psychological Reports, 64, 527-534.

Guedry, F.E. (1965). Habituation to complex vestibular stimuli in man:transfer and retention of effects from 12 days of rotation at 10 rpm.Perceptual and Motor Skills , 21, 459-481.

Hallam, R.S., Beyts, J., & Jakes, S.C. (1988). Symptom reporting andobjective test results: explorations of desynchrony. In S.D.G. Stephens & S.Prasansuk (Eds) Advances in audiology, Vol 5: Measurement in hearing andbalance . Basel: Karger.

Hallam, R.S., & Stephens, S.D.G. (1985). Vestibular disorder and emotionaldistress. Journal of Psychosomatic Research, 29 , 407-413.

Hanson, M.R. (1989). The dizzy patient: a practical approach tomanagement. Postgraduate Medicine , 85, 99-108.

Harris, T.O. (1992). Some reflections on the process of social support andnature of unsupportive behaviors. In H.O.F. Veiel & V. Baumann (1992).The meaning and measurement of social support. New York: HemispherePublishing.

Hauser, S.T. (1981). Physician-patient relationships. In E.G. Mishler, L.R.Amarasingham, S.D. Osherson, N.E. Waxter & R. Liem (Eds) Socialcontexts of health, illness and patient care. Cambridge: CambridgeUniveristy Press.

Hausler, R. & Pampurik, J. (1989). Surgical and physiotherapeutic treatmentof the benign paroxysmal positional vertigo.Laryngorhinootologie , 68, 349-354.

Haye, R. & Quist-Hanssen, Sv. (1976). The natural course of Meniere'sdisease. Acta Otolaryngologica, 82 , 289-293.

Hecker, H.C., Haug, C.O., & Herndon, J.W. (1974). Treatment of thevertiginous patient using Cawthorne's vestibular exercises. TheLaryngoscope, 84, 2065-2072.

Heft, H. (1989). Affordances and the body: an intentional analysis ofGibson's ecological approach to visual perception. Journal for the Theory ofSocial Behaviour, 19, 1-30.
Herdman, S.J. (1990). Treatment of benign paroxysmal positional vertigo.Physical Therapy, 70 , 381-388.

Hettinger, L.J., Kennedy, R.S., & McCauley, M.E. (1990). Motion andhuman performance. In G.H. Crampton (Ed) Motion and space sickness.Boca Raton: CRC Press.

Hinchcliffe, R. (1967). Personality profile in Meniere's disease. Journal ofLaryngology and Otology, 81, 477-481.

Hinchcliffe, R. (1983). Psychological and sociological facets of balancedisorders. In R. Hinchcliffe (Ed.) Hearing and balance in the elderly.Edinburgh: Churchill.

Hixson, W.C., Guedry, F.E., & Lentz, J.M. (1984). Results of a longitudinalstudy of airsickness incidence during naval flight officer training. In Motionsickness: mechanisms, prediction, prevention and treatment, Proceedings ofthe AGARD symposium, May 1984, Williamsburg, VA. Loughton, England.

Holroyd, K.A., & Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somaticadaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds) Handbook of stress. NewYork: Free Press.

Hood, J.D. (1984). Tests of vestibular function. In M.R. Dix & J.D. Hood(Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Horak, F.B., Jones-Rycewicz, C., Black, F.O., & Shumway-Cook, A. (1992).Effects of vestibular rehabilitation on dizziness and imbalance.Otolaryngology -- Head and Neck Surgery , 106 , 175-80.

Horak, F.B., Shumway-Cook, A., Crowe, T.K., & Black, F.O. (1988).Vestibular function and motor proficiency of children with impaired hearing,or with learning disability and motor impairments. Developmental Medicineand Child Neurology, 30 , 64-79.

Howard, I.P. (1982). Human visual orientation. Chichester: Wiley.Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review anda conceptual model. Psychological Bulletin , 107 , 156-176.

Jacob, R.G. (1988). Panic disorder and the vestibular system. PsychiatricClinics of North America, 11 , 361-374.

Jacob, R.G., Lilienfeld, S.O., Furman, J.M.R., Durrant, J.D., & Turner, S.M.(1989). Panic disorder with vestibular dysfunction: further clinicalobservations and description of space and motion phobic stimuli. Journal ofAnxiety Disorders, 3, 117-130.

Jacobs, J. (1992). Understanding family factors that shape the impact ofchronic illness. In Akamatsu, T.J., Stephens, M.A.P., Hobfoll, S.E. &Crowther, J.H. (Eds) Family health psychology. (ref)

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statisticalapproach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journalof Consulting and Clinical Psychology, 59 , 12-19.

Jakes, S. (1987). Psychological aspects of disorders of hearing and balance.In D. Stephens (Ed) Adult audiology: Scott-Brown's Otolaryngology (5thed.). London: Butterworths.

Jakes, S.C., Hallam, R.S., Rachman, S., & Hinchcliffe, R. (1986). Theeffects of reassurance, relaxation training and distraction on chronic tinnitussufferers. Behavioural Research and Therapy, 24 , 497-507.

Jeans, V. & Orrell, M.W. (1991). Behavioural treatment of space phobia: acase report. Behavioural Psychotherapy, 19 , 285-288.

Jones, D.R. & Hartman, B.O. (1984). Biofeedback treatment of airsickness:a review. In Motion sickness: mechanisms, prediction, prevention andtreatment . Proceedings of the AGARD symposium, May 1984, WilliamsburgVa. Loughton, England.

Jones, D.R., Levy, R.A., Gardner, L., Marsh, R.W., & Patterson, J.C. (1985).Self-control of psychophysiologic response to motion stress: usingbiofeedback to treat airsickness. Aviation, Space and EnvironmentalMedicine, 56 , 1152-1157.

Jongkees, L.B.W. (1975). Positional nystagmus of the central type withparticular reference to its clinical differentiation from the benign paroxysmaltype. In R.F. Naunton (Ed) The vestibular system . New York: AcademicPress.

Kahane, J. & Auerbach, C. (1973). Effect of prior body experience onadaptation to visual displacement. Perception and Psychophysics, 35, 279-285.

Katz, A.E. (1986). Vertigo. In A.E. Katz (Ed) Manual of Otolaryngology --Head and Neck Therapeutics . Philadelphia: Lea & Febiger.

Keinan, G., Friedland, N., Yitzhaky, J., & Moran, A. (1981).Biographical,physiological and personality variables as predictors of performance undersickness-inducing motion. Journal of Applied Psychology, 66, 233-241.Kemmler,

R.W. (1984). Psychological components in the development andprevention of air sickness. In Motion sickness: mechanisms, prediction,prevention and treatment . Proceedings of the AGARD symposium,May1984, Williamsburg Va. Loughton, England.

Kennedy, R.S., Berbaum, K.S., Williams, M.C., Branna, J., & Welch, R.B. (1987). Transfer of perceptual-motor training and the space adaptationsyndrome. Aviation, Space and Environmental Medicine, 58 (Suppl.), A29-A33.

Kennedy, R.S., Graybiel, A., McDonough, R.C., & Beckwith, F.D. (1968).Symptomatology under storm conditions in the North Atlantic in controlsubjects and in persons with bilateral labyrinthine defects. ActaOtolaryngologica, 66, 533-540.

Kennedy, R.S., Hettinger, L.J., & Lilienthal, M.G. (1990). Simulatorsickness. In G.H. Crampton (Ed) Motion and space sickness. Boca Raton:CRC Press.

Kerr, A.J. (1991). Surgery for Meniere's disease and perilymph fistula. InJ.D. Hood & L.M. Goeting (eds) Current approaches to vertigo . Dorchester:Duphar.

Kerr, B., Condon, S.M., & McDonald, L.A. (1985). Cognitive spatialprocessing and the regulation of posture. Journal of ExperimentalPsychology: Human Perception and Performance, 11 , 617-622.

Keshner, E. & Allum, J.H.J. (1986).Plasticity in pitch sway stabilization:normal habituation and compensation for peripheral vestibular deficits. In W.Bles & T. Brandt (Eds) Disorders of posture and gait. Amsterdam: Elsevier.

Kleinman, A. (1986). Concepts and a model for the comparison of medicalsystems as cultural systems. In C. Currer & M. Stacey (eds) Concepts ofhealth, illness and disease . Leamington Spa: Berg.

Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R., & Cerny, J.A. (1990). Acomparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panicdisorder. Journal of Consulting and Clinical Therapy, 58 , 77-84.

Kohler, I. (1964). The formation and transformation of the perceptual world.Psychological Issues, 3. International Universities Press: New York.

Lackner, J.R. (1977). Induction of illusory self-rotation and nystagmus by arotating sound-field. Aviation, Space and Environmental Medicine, 48,129-131.

Lackner, J.R. (1981). Some aspects of sensory-motor control and adaptationin man. In H. Pick & R. Walk (Eds) Intersensory perception and sensoryintegration. New York: Plenum.

Lackner, J.R. (1985). Human sensory-motor adaptation to the terrestrialforce environment. In D.J. Ingle, M. Jeannerod & D.N. Lee (Eds) Brainmechanisms and spatial vision. Dordhecht: Nisthoff.

Lackner, J.R., & Graybiel A. (1978). Some influences of touch and pressurecues on human spatial orientation. Aviation, Space and EnvironmentalMedicine, 489, 798-804.

Lackner, J.R., & Teixeira, R.A. (1977). Optokinetic motion sickness:continous head movements attenuate the visual induction of apparentself-rotation and symptoms of motion sickness. Aviation, Space and Environmental Medicine, 48, 248-253.

Lawther, A. & Griffin, M.J. (1988). A survey of the occurrence of motion sickness amongst passengers at sea. Aviation, Space & Environmental Medicine, 59 , 399-406.

Laux, L. & Vossel, G. (1982). Paradigms in stress research. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds) Handbook of stress. New York: Free Press.

Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: the problem of confounded measures.American Psychologist, 40 , 770-779.

Leduc, A. & Decloedt, V. (1989). La kinesitherapie en O.R.L. ActaOtorhinolaryngologica Belgica, 43 , 381-390.

Lee, W.A. (1989). A control systems framework for understanding normal and abnormal posture. American Journal for Occupational Therapy, 43, 291-301.

Lentz, J.M. (1976). Nystagmus, turning sensations and illusory movement in motion sickness susceptibility. Aviation, Space and Environmental Medicine, 47, 931-936.

Lentz, J.M. (1984). Laboratory tests of motion sickness susceptbility. In Motion Sickness: mechanisms, prediction, prevention and treatment, Proceedings of the AGARD symposium, May 1984, Williamsburg, VA. Loughton, England.

Lentz, J.M. & Collins, W.E. (1977). Motion sickness susceptibility and related behavioural characteristics in men and women. Aviation, Space and Environmental Medicine, 48 , 316-322.

Lentz, J.M., & Guedry, F.E. (1978). Motion sickness susceptibility: a retrospective comparison of laboratory tests. Aviation, Space and Environmental Medicine, 49, 1281-1288.

Lestienne, F., Soechting, J., & Berthoz, A. (1977).Postural readjustments induced by linear motion of visual scenes. Experimental Brain Research, 28, 363-384.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.) Medical Psychology (Vol. 2). New York: Pergamon.

Levinson, H.N. (1989). A cerebellar-vestibular explanation for fears/phobias: hypothesis and study. Perceptual and Motor Skills , 68, 66-84.

Levy, I., & O'Leary, J.L. (1947). Incidence of vertigo in neurologic conditions. Transactions of the Americal Otologic Society, 35 , 329-347.

Ley, P. (1988). Communicating with patients: improving communication, satisfaction and compliance. London: Croom Helm.

Linstrom, C.J. (1992). Office management of the dizzy patient. Otolaryngologic clinics of North America , 25, 745-780.

Locker, D. (1981). Symptoms and illness: the cognitive organization of disorder. London: Tavistock.

Lombardo, T.J. (1987). The reciprocity of perceiver and environment: the evolution of James J. Gibson's ecological psychology. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Long, G.M., Ambler, R.K., & Guedry, F.E. (1975). Relationship between perceptual style and reactivity to motion. Journal of Applied Psychology, 60, 599-605.

Ludman, H. (1984). Surgical treatment of vertigo. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds)Vertigo . Chichester: Wiley.

Luxon, L.M. (1984). Vertigo in old age. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

MacCarthy, B. & Brown, R. (1989). Psychosocial factors in Parkinson's disease. British Journal of Clinical Psychology, 28 , 41-52.

Marchbanks, R.J. & Reid, A. (1990). Cochlear and cerebrospinal fluid pressure: their inter-relationship and control mechanisms. British Journal of Audiology, 24, 179-188.
Marks, I. (1981). Space "phobia": a pseudo-agoraphobic syndrome. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44 , 387-391.

Matsnev, E.I., Kuzimin, M.P., & Zakharova, L.N. (1986). Comparative assessment of vestibular optokinetic and optovestibular stimulation in the development of experimental motion sickness. Aviation, Space and Environmental Medicine, 58, 954-957.

McCabe, B.F. (1960). Vestibular suppression in figure skaters. Transactions of the American Academy of Opthalmolgy and Otology, 64, 264-268.

McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and effectiveness in an adult sample. Journal of Personality, 54 , 385- 405.

Melville-Jones, G., Berthoz, A., & Segal, B. (1984). Adaptive modification of the vestibulo-ocular reflex by mental effort in darkness. Experimental Brain Research, 56, 149-153.

Michelson, L.K. & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agorapobia: critique and synthesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 , 100-114.

Miller, S.M. (1979). Controllability and human stress: method, evidence and theory. Behavioural Research and Therapy , 17, 287-304.

Miller, S.M. (1989). Information, coping and control in patients undergoing surgery and stressful medical procedures. In A. Steptoe & A. Appels (Eds) Personal control and health. Chichester: Wiley.

Miller, S.M. (1990). To see or not to see: cognitive informational styles in the coping process. In M. Rosenbaum (Ed) Learned resourcefulness. New York: Springer.

Miller, S.M., & Birnbaum, A. (1988). Putting the life back into "life events": toward a cognitive social learning analysis of the coping process. In S. Fisher & J. Reason (Eds.) Handbook of life stress, cognition and health. Chichester: Wiley.

Mineka, S. & Kelly, K.A. (1989). The relationship between anxiety, lack of control and loss of control. In A. Steptoe & A. Appels (Eds) Stress, personal control and health. Chichester: Wiley.

Moller, C. Odkvist, L., White, V., & Cyr, D. (1990). The plasticity of compensatory eye movements in rotatory tests I: The effect of alertness and eye closure. Acta Otolaryngologica, 109 , 15-24.

Money, K.E. (1970). Motion sickness. Physiological Reviews , 50, 1-39. Money, K.E. (1990). Motion sickness and evolution. In G.H. Crampton (Ed) Motion and space sickness. Boca Raton: CRC Press.

Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Conceptualising and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds) Handbook of stress. New York: Free Press.

Morrison, A.W. (1984). Meniere's disease. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Morrow, G.R., Lindke, J-L., & Black, P.M. (1991). Anticipatory nausea development in cancer patients: replication and extension of a learning model. British Journal of Psychology, 82 , 61-72.

Morse, J.M. & Johnson, J.L. (1991). Understanding the illness experience. In J.M. Morse & J.L. Johnson (Eds) The illness experience. Newbury Park: Sage.

Murphy, A.I., Lehrer, P.M., & Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. Behavior Therapy, 21 , 89-98.

Nashner, L.M., Black, F.O., & Wall, C. (1982). Adaptation to altered support and visual conditions during stance: patients with vestibular deficits. Journal of Neuroscience , 2, 536-544.

Nashner, L.M. & McCollum, G. (1985). The organization of human postural movements: a formal basis and experimental synthesis. Behavioural and Brain Sciences, 8, 135-172.

Nashner, L.M., Shupert, C.L., & Horak, F.B. (1988). Head-trunk movement coordination in the standing posture. In O. Pompeiano & J.H.J. Allum (Eds) Vestibulospinal control of posture and locomotion: Progress in Brain Research, Vol 76. Amsterdam: Elsevier.

Neiss, R. (1988) Reconceptualising arousal: psychobiological states in motor performance. Psychological Bulletin, 103 , 345-366.

Newman, F.L. & Howard, K.I. (1991). Introduction to the special section on seeking new clinical reserach methods. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 , 8-11.

Nicholas, M.K., Wilson, P.H., & Goyen, J. (1991). Operant-behavioural and cognitive-behavioural teratment for chronic low back pain. Behaviour Research and Therapy, 29 , 225-238.

Nobbs, M.B. (1988). Adjustment in Meniere's disease. In J.G. Kyle (Ed.) Adjustment to acquired hearing loss: analysis, change and learning, Proceedings of a conference held in University of Bristol, 9-13th April, 1987. Bristol: Centre for Deaf Studies.

Noble, W. (1978). Assessment of impaired hearing . New York: Academic Press.

Noble, W. (1983). Hearing, hearing impairment, and the audible world: a theoretical essay. Audiology, 22, 325-338.

Norre, M.E. (1978). The unilateral vestibular hypofunction. Evaluation by electronystagmography in the rotatory and caloric tests.Acta Otorhinolaryngologica, 32 , 439-667.

Norre, M.E. (1984). Treatment of unilateral vestibular hypofunction. In W.J. Oosterveld (Ed) Otoneurology . Chichester: Wiley.

Norre, M.E. (1988). Vestibular habituation training: specificity of adequate exercise. Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 114, 883-886.

Norre, M.E. & Beckers, A. (1987). Exercise treatment for two types of paroxysmal positional vertigo: comparison of two types of exercises. Achives of Otorhinolaryngology, 244 , 291-294.

Norre, M.E. & de Weerdt, W. (1980). Treatment of vertigo based on habituation. 2. Technique and results of habituation training. The Journal of Laryngology and Otology, 94 , 971-977.

Norre, M.E., Forrez, G., & Stevens, M. (1984). Posturography and vestibular compensation. Acta Otorhinolaryngologica Belgica, 38 , 619-631.

Nowack, K.M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. Journal of Behavioral Medicine, 12 , 145-158.

O'Connor, K.P., Chambers, C. & Hinchcliffe, R. (1989). Dizziness and perceptual style. Psychotherapy and Psychosomatics , 51, 169-174. O'Connor, K.P., Hallam, R., Beyts, J., & Hinchcliffe, R. (1988). Dizziness: behavioural, subjective and organic aspects. Journal of Psychosomatic Research, 32 , 291-302.

Odkvist, I. & Odkvist, L.M. (1988).Physiotherapy in vertigo. Acta Otolaryngologica (Suppl.), 455 , 74-76.

Ohmi, M., & Howard, I.P. (1988). Effect of stationary objects on illusory forward self-motion induced by a looming display. Perception, 17, 5-12.

Oman, C.M. (1982). A heuristic mathematical model for the dynamics of sensory conflict. Acta Otolaryngologica, Suppl.), 392, 1-44.

Oman, C.M., Lichtenberg, B.K., Money, K.E., & McCoy, R.K. (1986). M.I.T./Candian vestibular experiments on the Spacelab-1 mission. 4. Space motion sickness: symptoms, stimuli and predictability. Experimental Brain Research, 64, 316-334.

Oman, C.M., Lichtenberg, B.K., & Money, K.E. (1990). Symptoms and signs of space motion sickness on Space-Lab 1. In G.H. Crampton (Ed) Motion and space sickness. Boca Raton: CRC Press.

Oosterveld, W.J. (1979). Meniere's disease, a survey of 408 patients. Acta Otorhinolaryngologica Belgica, 33 , 428-431.

Oosterveld, W.J. (1983). Meniere's disease: a comprehensive appraisal. Chichester: Wiley. Oosterveld, W.J. (1984). Cervical vertigo. In W.J. Oosterveld (Ed) Otoneurology . Chichester: Wiley.

O'Reilly, J.P. (1975). Shifting adaptive systems with visually distorted input. In Studies on human perforance in the sea. Vol. 1. Sea Grant Misc. Report.

Ost, L-G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behaviour Research and Therapy, 25 , 397-409.

Osterhammel, P., Terkildsen, K., & Zilstorff, K. (1968).Vestibular habituation in ballet dancers. Acta Otolaryngologica, 66, 221-228.

Overstall, P.W. (1980). Prevention of falls in the elderly. American Geriatrics Society, 28 , 481-484.

Overstall, P.W. (1983). Rehabilitation of elderly patients with disorders of balance. In R. Hinchliffe (Ed) Hearing and balance in the elderly. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Page, N.G.R. & Gresty, M.A. (1985). Motorist's vestibular disorientation syndrome. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 48 , 729-735.

Paparella, M.M. (1991). Methods of diagnosis and treatment of Meniere's disease.Acta Otolaryngologica (Suppl.), 485 , 108-119.

Paparella, M.M., Alleva, M., & Bequer, N.G. (1990). Dizziness. Disorders of the Ears, Nose and Throat, 17, 299-308.

Pauli, P., Marquardt, C., Hartl, L., Nutzinger, D.O., Hotzl, R., & Strian, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: a field study. Behaviour Research and Therapy , 29, 137-145. Payer, L. (1990). Medicine and culture: notions of health and sickness. London: Victor Gollancz.

Pearce, S. & Erskine, A. (1989). Chronic pain. In S. Pearce & J. Wardle (Eds) The practice of behavioural medicine. Oxford: B.P.S. Books/O.U.P.

Peterka, R.J., & Black, F.O. (1986). Normal and abnormal human vestibulo-ocular function, Final Technical Report. Good Samaritan Hospital, Portland, OR.

Peterka, R.J., Black, F.O., & Schoenhoff, M.B. (1987). Optokinetic and vestibulo-ocular reflex responses to an unpredictable stimulus. Aviation, Space and Environmental Medicine, 58 (Suppl.), A180-A185.

Pethybridge, R.J. (1982). Sea-sickness incidence in Royal Navy ships. INM Report No. 37/82.

Pfaltz, C.R. (1984). Vertigo in disorders of the neck. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Pfaltz, C.R. & Ohtsuka, Y. (1975). The influence of optokinetic training upon vestibular habituation.Acta Otolaryngologica, 79, 253-258.

Pohl, D.V. (1991). Vestibular neurectomy: a review. Journal of the Otolaryngological Society of Australia , 6, 419-421.

Pollock, K. (1993). Attitude of mind as a means of resisting illness. In A. Radley (Ed) Worlds of illness . London: Routledge.

Powers, W.T. (1973). Behavior: the control of perception. London: Wildwood House: London.

Pratt, R.T.C., & McKenzie, W. (1958). Anxiety states following vestibular disorders. The Lancet, 2, 347-349.

Pykko, I., Magnusson, M., Schalen, L., & Enbom, H. (1988). Pharmacological treatment of vertigo. Acta Otolaryngologica, 455 (Suppl.), 77-81.

Raivio, M., Bunne, M., & Jorgensen, B. (1989). Evaluation of a three-stage management programme for Meniere's disease. The American Journal of Otology, 10, 443-446.

Rauch, S.D., Merchant, S.N., & Thedinger, B.A. (1989). Meniere's syndrome and endolymphatic hydrops: a double-blind temporal bone study. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 98, 873-883.

RCGP/OPCS: Royal College of General Practitioners and Office of Population Census and Surveys, (1986). Morbidity statistics from general practice. London: HMSO.
Reason, J.T. (1978). Motion sickness adaptation: a neural mismatch model. Journal of the Royal Society of Medicine, 71, 819-829.

Reason, J.T., & Brand, J.J. (1975). Motion Sickness. New York: Academic Press.

Reason, J.T., & Graybiel, A. (1972). Factors contributing to motion sickness susceptibility: adaptability and receptivity. In Predictability of motion sickness in the selection of pilots, AGARD/NATO Conference Proceedings No. 109. London: Technical Editing and Reproductions Ltd.

Redding, G.M. (1981). Effects of homogenous and variable exposure on
magnitude of adaptation to optical tilt. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 7, 130-140.

Reschke, M.F., Homick, J.L., Ryan, P., & Moseley, E.C. (1984). Prediction of the space adaptation syndrome. In Motion Sickness: mechanisms, prediction, prevention and treatment, Proceedings of the AGARD symposium, May 1984, Williamsburg, VA. Loughton, England.

Revenson, T.A. & Felton, B.J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 , 344-348.

Riccio, G.E. & Stoffregen, T.A. (1988). Affordances as constraints on the control of stance. Human Movement Science, 7, 265-300.

Rigatelli, M., Casolari, L., Bergamini, G., & Guidetti, G. (1984). Psychosomatic study of 60 patients with vertigo. Psychotherapy and Psychosomatics, 41 , 91-99.

Roberts, H. (1985). The patient patients. London: Pandora Press. Robinson, I. (1988). Multiple sclerosis. London: Routledge.

Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self- regulation. In S. Fisher and J.Reason (Eds.) Handbook of life stress, cognition and health. Chichester: Wiley.

Roth, S. & Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. American Psychologist, 41 , 813-819.

Rubinstein, B. & Erlandsson, S.I. (1991).A stomatognathic analysis of patients with disabling tinnitus and craniomandibular disorders (CMD). British Journal of Audiology, 25 , 77-84.

Salkovskis, P.M. & Clark, D.M. (1991). Cognitive therapy for panic attacks. Journal of Cognitive Psychotherapy (in press).

Salkovskis, P.M., Clark, D.M., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. Behaviour Research and Therapy, 29 , 161-166.

Sarason, I.G. (1988). Social support, personality and health. In M.P. Janisse, (Ed) Individual differences, stress and health psychology. New York: Springer-Verlag.

Scambler, G. (1989). Epilepsy. London: Tavistock/Routledge.

Scambler, G. (1984). Perceiving and coping with stigmatizing illness. In R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scambler & J. Thompson (Eds) The experience of illness . London: Tavistock Publications.

Scambler, G. & Hopkins, A. (1990). Generating a model of eplileptic stigma: the role of qualitative analysis. Social Sciences in Medicine, 30, 1187-1194.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality, 55 , 169-210.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. In L. Berkowitz (Ed) Advances in experimental social psychology, Vol. 21. San Diego: Academic Press.

Schulze, C., Florin, I., Matschin, E., Sougioultzi, C., & Schulze, H-H.(1988). Psychological distress after hysterectomy -- a predictive study. Psychology and Health, 2, 1-12.

Schukeckt, H.F. (1975). Positional nystagmus of the benign paroxysmal type. In R.F. Naunton (Ed) The vestibular system . New York: Academic Press.

Schwarz, G.E. (1982). Testing the biopschosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50 , 1040-1053.

Schwartz, G.E., Davidson, R.J., & Coleman, D.J. (1978).Patterning of cognitive and somatic processes in the self- regulation of anxiety: effects of mediation versus exercise. Psychosomatic Medicine, 40, 321-328.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible impact of social ties on
morbidity and mortality. In H.O.F. Veiel & V. Baumann (1992). The meaning and measurement of social support. New York: Hemisphere Publishing.

Seeman, T.E. & Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. Psychosomatic Medicine, 49 , 341-354.

Shepard, N.T., Telian, S.A., & Smith-Wheelock, M. (1990). Habituation and balance training therapy. Neurologic Clinics of North America, 8, 459-475.

Shepard, N.T., Telian, S.A., Smith-Wheelock, M, & Raj, A. (1993). Vestibular and balance rehabilitation therapy. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 102 , 198-205.

Shepard, R.N. (1984). Ecological constraints on internal representation: resonant kinematics of perceiving, imagining, thinking and dreaming. Psychological Review, 4, 417-447.

Shirabe, S., Soda, T., Kawano, M., & Shiraishi, K. (1986). Eye movements induced by lateral tilt and testing of otolithic function. Archives of Oto-rhino-laryngology, 243, 153-157.

Shotter, J. (1983). "Duality of structure" and "intentionality" in an ecological psychology. Journal for the Theory of Social Behaviour, 13 , 19-43.

Shumway-Cook, A. & Horak, F.B. (1989). Vestibular rehabilitation: an exercise approach to managing symptoms of vestibular dysfunction. Seminars in Hearing, 10, 96-108.

Shumway-Cook, A., Horak, F., & Black, F.O. (1987). A critical examination of vestibular function in motor-impaired learning- disabled children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 14 , 21-30.

Shumway-Cook, A. & Woolacott, M.H. (1985). The growth of stability: postural control from a developmental perspective. Journal of Motor Behavior, 17, 131-147.

Silverman, D. (1987). Communication and medical practice: social relations in the clinic. London: Sage.

Sklare, D.A., Stein, M.B., Pikus, A.M., & Uhde, T.W. (1990).

Dysequilibrium and audiovestibular function in panic disorder: symptom profiles and test findings. American Journal of Otology, 11 , 338-341.

Smail, D. (1987). Taking care: an alternative to therapy. London: Dent.

Smail, D. (1990). Magic, manipulation and clinical psychology. Changes , 6, 76-80.

Smail, D. (1991). Towards a radical environmentalist psychology of help. The Psychologist, 2, 61-65.

Smith, W.C. & Pillsbury, H.C. (1988). Surgical treatment of Meniere's disease since Thomsen. The American Journal of Otology, 9, 39-43.

Smyth, M.M., Pearson, N.A., & Pendleton, L.R. (1988). Movement and working memory: patterns and positions in space. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 41A , 235-250.

Smyth, M.M. & Pendleton, L.R. (1989). Working memory for movements. Quarterly Journal of Experimental Psychology,40A , 497- 514.

Spielberger, C.D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed) Anxiety: current trends in theory and research, Vol II. New York: Academic Press.

Spitzer, J.B. (1990). An evaluation of the relationship among electronystagmographic, audiologic and self-report descriptors of dizziness. European Archives of Otorhinolaryngology, 247, 113-118.

Stacey, M. (1986). Concepts of health and illness and the division of labour in health care. In C. Currer & M. Stacey (eds) Concepts of health, illness and disease . Leamington Spa: Berg.

Stahle, J., Friberg, U., & Svedberg, A. (1989). Long-term progression of Meniere's disease. The Americal Journal of Otology, 10 , 170-173. Stainton-Rogers, W. (1991). Explaining health and illness . New York: Harvester Wheatsheaf.

Stelmach, G.E., Lowe, H.N., & Lowe, D. (1990). The influence of aging and attentional demands on recovery from postural instability. Aging, 2, 155-161.

Stephens, S.D.G. (1975). Personality tests in Meniere's disorder. Journal of Laryngology and Otology, 89, 479-490.

Stephens, S.D.G. (1990). Auditory and vestibular rehabilitation in the adult. Horizons in Medicine , 2, 220-228.

Stephens, S.D.G., & Hetu, R. (1991). Impairment, disability and handicap in audiology: towards a consensus. Audiology, 30, 185-200.

Stephens, S.D.G., Hogan, S., & Meredith, R. (1991). The desynchrony between complaints and signs of vestibular disorders. Acta Otolaryngol. (Stockh), 111 , 188-192.

Steptoe, A. & Appels, A. (1989). Stress, personal control and health. Chichester: Wiley.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" American Psychologist, 41 , 165-180.

Stott, J.R.R. (1990). Adaptation to nauseogenic motion stimuli and its application in the treatment of airsickness. In G.H. Crampton (Ed) Motion and space sickness. Boca Raton: CRC Press.

Stott, J.R.R., & Bagshaw, M. (1984). The current status of the RAF programme of desensitisation for motion sick aircrew. In Motion sickness: mechanisms, prediction, prevention and treatment, Proceedings of the AGARD symposium, May 1984, Williamsburg, VA. Loughton, England.

Summers, J.J. (1981). Motor programs. In D. Holding (Ed) Human skills. Chichester: Wiley.

Takahashi, S., Fetter, M., Koenig, E., & Dichgans, J. (1990). The clinical significance of head-shaking nystagmus in the dizzy patient.Acta Otolaryngologica,109 , 8-14.

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. Americal Psychologist, 38, 1161-1173.

Temoshok, L. (1990). Applying the biopsychosocial model to research on HIV/AIDS.In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds) Current developments in health psychology. Chur: Harwood Academic Press.

Theunissen, E.J.J.M., Huygen, P.L.M., & Folgering, H.T. (1986). Vestibular hyperreactivity and hyperventilation. Clinical Otolaryngology, 11 , 161-169.

Thompson, J. (1984). Communicating with patients. In R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scambler, & J. Thompson (Eds) The experience of illness . London: Tavistock.

Thomsen, J., Bretlau, P., Tos, M., & Johnsen, N.J. (1983). Meniere's disease: A 3-year follow-up of patients in a double-blind placebo-controlled study on endolymphatic sac shunt surgery. Advances in Oto-Rhino- Laryngology, 30. Basel: Karger.

Thornton, A.R.D., Farrell, G., Phillips, A.J., Haacke, N.P., & Rhys-Williams, S. (1989). Verification of a new test of endolymphatic hydrops. Journal of Laryngology and Otology, 103 , 1136-1139.

Toombs, S.K. (1992). The meaning of illness . Dordrecht: Kluwer. Toscano, W.B. & Cowings, P.S. (1982). Reducing motion sickness: a comparison of autogenic feedback training and an alternative cognitive task. Aviation, Space and Environmental Medicine, 53 , 449-453.

Triesman, M. (1977). Motion sickness: an evolutionary hypothesis. Science, 197, 493-495.

Trimble, M.R. (1984). Psychiatric aspects of vertigo. In M.R. Dix & J.D. Hood (Eds) Vertigo . Chichester: Wiley.

Uhlarik, J.J. (1973). Role of cognitive factors on adaptation to prismatic displacement. Journal of Experimental Psychology, 98, 223- 232.

van den Berg, J.H. (1987). The human body and the significance of human movement. In J.J. Kockelmans (Ed) Phenomenological psychology: the Dutch school . Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. In A.Steptoe & A. Appels (Eds) Stress, personal control and health. Chichester Wiley.

Warren, D.H., & Platt, B.B. (1975). Understanding prism adaptation: an individual differences approach. Perception and Psychophysics, 17, 337- 345.

Welch, R.B. (1986). Adaptation of space perception. In K.R. Boff, L. Kaufman, & J.P. Thomas (Eds.)Handbook of perception and human performance, Vol.1. New York: Wiley.

Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. Behavior Therapy, 21, 273-280.

Williams, J.M.G., Watts, F.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1988). Cognitive psychology and emotional disorders . Chichester: Wiley.

Witkin, H.A. (1959). The perception of the upright. Scientific American, 200 , 50-56.

Witkin, H.A., Dyk, R.B., Faterson, H.F., Goodenough, D.R., & Karp, S.A. (1962). Psychological differentiation: studies of development . New York: Wiley.

Wolinsky, S., Hill, C., & Broder, A.I. (1988). The value of ENG in assessment of the head-injured patient. The Hearing Journal, 41, 31-33.

Woolacott, M., Debu, B., & Mowatt, M. (1987). Neuromuscular control of posture in the infant and child: is vision dominant? Journal of Motor Behaviour, 19, 167-186.

World Health Organization (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease . Geneva: WHO.

Wright, T. (1988). Dizziness: a guide to disorders of balance. London: Croom Helm.

Yardley, L. (1988). Motion sickness and vertigo: the awareness of misperceiving the self-environment relationship. Paper presented at the 4th annual U.K. meeting of the International Society for Ecological Psychology, Sept.

Yardley, L. (1990a). Influence of otolithic and somatosensory information on perceived tilt of the visual vertical. Perception and Psychophysics, 48 , 131-134.

Yardley, L. (1990b). Motion sickness susceptibility and the utilisation of visual and otolithic information for orientation. European Archives of Otorhinolaryngology,247, 300-304.

Yardley, L. (1991a). Orientation perception, motion sickness and vertigo: beyond the sensory conflict approach. British Journal of Audiology, 25, 405- 413.

Yardley, L. (1991b). When your whole world is turned upside down: a mutualist analysis of vertigo and handicap. In P.J. Beek, R.J. Bootsma, &P.C.W. Wieringen (Eds.)Studies in Perception and Action. Rodopi: Amsterdam.

Yardley, L. (1992). Motion sickness and perception: a reappraisal of the sensory conflict approach. British Journal of Psychology (in press).

Yardley, L., Gresty, M., & Bronstein, A. (1992). Autonomic nervous system responses to head movement in patients with vertigo: relationship between symptoms, anxiety and psychophysiological arousal. Acta Otolaryngologica (Suppl) (in press).

Yardley, L., Lerwill, H., Hall, M., & Gresty, M. (1992). Visual destabilisation of posture. Acta Otolaryngologica, 112 , 14-21.

Yardley, L., Luxon, L., & Haacke, N.P. (1992). A longitudinal study of the relationship between symptoms, handicap, anxiety and coping style in people with vertigo. In preparation.

Yardley, L., Masson, E., Verschuur, C., Luxon, L., & Haacke, N.P. (1992). Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: development of the Vertigo Symptom Scale. Journal of Psychosomatic Research (in press).

Yardley, L. & Putman, J. (1992). Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study. Clinical Otolaryngology, 17, (in press).

Yardley, L., Todd, A.M., Lacoudraye-Harter, M.M., & Ingham, R. (1992). Psychosocial consequences of vertigo. Psychology and Health , 6, 85-96.

Yardley, L., Verschuur, C., Masson, E., Luxon, L., & Haacke, N.P. (1992).The influence of somatic and psychological factors on handicap and distress in patients with vertigo. Manuscript submitted to the British Journal of Audiology.

Young, L.R., Oman, C.M., Watt, D.G.D., Money, K.E., & Lichtenberg, B.K. (1984). Spatial orientation in weightlessness and readaptation to earth's gravity. Science, 225 , 205-208.

Zegans, L.S. (1982). Stress and the development of somatic disorders. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press.

Zettle, R.D., & Hayes, S.C. (1982). Rule-governed behaviour: a potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy, Vol 1. New York: Academic Press.

Zuckerman, M. (1976). General and situation-specific traits and states: new approaches to assessment of anxiety and other constructs. In M. Zuckerman & C.D. Spielberger (Eds) Emotions and Anxiety . Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Vértigos y Mareos

se terminó de imprimir en el mes de julio del 2014
en los talleres de Editorial e Imprenta WARI S.A.C. (RUC 20511450200)
Jr. Jorge Chávez 1059, Tlf. 424-9693 / 330-3812, Lima 5 - Perú
e-mail: ediwari@yahoo.es