



173
2 es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"EVALUACION DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA Y LA TECNICA DE ENTRENAMIENTO EN
RESPIRACION DIAFRAGMATICA EN EL
TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA DE
PACIENTES CON VERTIGO PATOLOGICO"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARTINEZ RAMIREZ ADRIANA LORENA**

**DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
ASESORIA PSICOMETRICA Y ESTADISTICA:
LIC. MA. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ**



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA MEXICO, D. F.**

263691
ABRIL DE 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI FAMILIA

Con amor, dedico este grato esfuerzo a Martha y Jaime, mis padres, quienes además de darme la vida me dieron la libertad y la confianza que me han permitido abrir los ojos y poder así, escribir una historia propia...

A mis hermanos, Hugo y MariFer, con quienes he compartido 25 años y quienes indudablemente son una parte muy importante de esta historia...

A mi sobrino, Diego, porque tu llegada a este mundo cambió mi vida...

A mi querida Tessy, mi abuela, quien ha sido siempre una inspiración en mi vida...

A MIS AMIGOS

Dedico este trabajo a todos los que comparten conmigo la alegría de haber concluido una etapa más de mi vida, en especial a mis cuates: Flower, Alimili, Vic, Giovanna, La Moni, Rockdri, Bam-Bam y Nahum, con quienes el camino fué mucho, pero mucho menos pesado...

A David, por compartir conmigo varios años y experiencias, por no abandonar nuestro tren en un momento muy difícil para mí y por ser parte de mi vida, escuchándome...gracias.

A Isra, porque sé que este "paso" es tan importante para tí, como lo es para mí; por tu increíble sensibilidad y amor por la vida, y simplemente porque...eres tú...

A Sam, Pilar y MariLupe, porque sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por compartir conmigo su tiempo, conocimientos y amistad, que valoraré siempre...

AGRADECIMIENTOS

MI muy sincero agradecimiento a los médicos y psicólogos del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, en especial a Ma. Guadalupe Medina, Pilar Morales, René Delgado y la Dra. Kioko Ishiwara, por haber contribuido en mi formación profesional y por haberme brindado todo el apoyo para la realización de este trabajo. Por su tiempo y colaboración, gracias.

Agradezco el apoyo y asesoramiento de la Lic. Enedina Villegas y el Lic. Fabián Martínez.

Al programa de Becas para Tesls en Proyectos de Investigación de la Facultad de Psicología, por el apoyo económico que me permitió dedicarme por completo a este trabajo. Gracias.

Al Proyecto para Optimizar la Profesionalización del psicólogo Clínico, coordinado por la Mtra. Eva Esparza y la Dra. Bertha Bloom. Gracias.

Al Maestro Samuel Jurado Cárdenas, por su amistad, disposición y apoyo incondicionales. Muchas gracias Sam.

A los miembros del Jurado:

Lic. Ma Enequina Villegas Hernández

Dr. Arturo Martínez Lara

Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez

Mtro. Jorge Perez Espinoza

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

I N D I C E

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

ANTECEDENTES

REVISION DE LA LITERATURA SOBRE LOS ASPECTOS MEDICOS DEL VERTIGO.....	8
Definición.....	8
Etiología.....	11
Diagnóstico.....	13
Tratamiento.....	16
PRINCIPALES ESTUDIOS PSICOLOGICOS SOBRE VERTIGO.....	25
INVESTIGACIONES Y TRABAJO CLINICO SOBRE EL VERTIGO EN NUESTRO PAIS.....	37
JUSTIFICACION.....	42
OBJETIVO.....	43
PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	43
HIPOTESIS.....	45
VARIABLES.....	45

M E T O D O

SUJETOS.....	50
ESCENARIO.....	51
APARATOS E INSTRUMENTOS.....	51

REQUISITOS ETICOS.....	54
DISEÑO.....	54
PROCEDIMIENTO.....	56
RESULTADOS.....	64
DISCUSION.....	76
REFERENCIAS DOCUMENTALES.....	81
ANEXO.....	90

I N T R O D U C C I O N

La importancia de la psicología como ciencia ha ido creciendo a raíz de su integración paulatina con otras disciplinas del campo general de los servicios de salud, en virtud del desarrollo de diversos marcos conceptuales, siendo sin duda de los más representativos, los derivados de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud.

El presente trabajo fué desarrollado en el marco de la Medicina Conductual, por lo que para su contextualización resulta importante resaltar en primer término aspectos tales como la definición de dicha área, su campo de estudio, y por otra parte, algunos antecedentes sobre su aplicación clínica.

La Medicina Conductual ha sido definida como:

1. El uso de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la *enfermedad física o disfunción fisiológica*.
2. El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud (Pomerleau, 1979).

Una forma de contextualizar el desarrollo de la Medicina Conductual, es reconocerla como representante de una línea de trabajo en la cuál emerge la comunicación entre varias disciplinas, que antes no estaban conectadas. Entre éstas, se encuentran las ciencias sociales, conductuales y biomédicas, a través de las cuales se ha venido desarrollando una línea de investigación básica, que tiene aplicación clínica. Es en lo anterior en donde radica la importancia de éste campo (Stewart A., 1982).

Desde el punto de vista de la medicina, un importante aspecto de éste desarrollo, ha sido el creciente interés acerca de cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos psicológicos y bioquímicos para determinar el resultado de la historia natural y el tratamiento de la enfermedad. Se ha reconocido que existen un gran número de variables involucradas, cuyas interacciones son muy complejas, lo cuál hace que se requieran modelos teóricos y estrategias de investigación cada vez más sofisticados (Schwartz, 1982).

La Medicina Conductual hizo su aparición formal en el campo científico, en una conferencia realizada en la Universidad de Yale a principios de 1977. La definición que se hizo sobre este nuevo enfoque, hace énfasis en el trabajo interdisciplinario e integrativo bio-conductual (Schwartz y Weiss, 1977), y a la vez reafirma la necesidad de mantener un pensamiento interdisciplinario continuo:

"La medicina conductual es el campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración del conocimiento de la ciencia y técnica biomédica y conductual, reelevantes a la salud y enfermedad, y en la aplicación de ese conocimiento y técnicas, a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación."

En el lapso de un año (1977-78), fué tal el apoyo que se otorgó al esfuerzo realizado por los promotores de la Conferencia de Yale, que ya se había creado un Comité de Evaluación de Proyectos de Investigación, Integrado por expertos en las áreas biomédica y conductual, agrupados en treinta secciones diferentes de estudio, por ejemplo: factores psicosociales y sus resultados en trastornos coronarios; control conductual de la hipertensión; mecanismos emocionales que actúan como disparadores del asma; enfermedad de Raynaud y autorregulación de la temperatura; sistemas experimentales para mejorar la conducta saludable en jóvenes; patrones conductuales; estrés y catecolaminas y miedos en niños (Weiss, 1978).

Aunque después de la lectura de algunos trabajos que dan a conocer los orígenes de la medicina conductual, queda en un primer momento la impresión de que éste nuevo campo de estudio surge de una manera muy rápida y sin ningún nexo teórico, esto no es así. Los antecedentes que le sirvieron de base se encuentran, por una parte, en los trabajos realizados por la medicina psicósomática y más recientemente en las aportaciones hechas por el Análisis Experimental de la Conducta, específicamente sus derivaciones hacia la Terapia de la Conducta.

Por lo que respecta a la medicina psicosomática, es ampliamente conocido que ha hecho contribuciones cruciales para la aceptación de que la actividad mental y la corporal son inseparables. A pesar de la idea de que la actitud, los pensamientos y en general la conducta del individuo son factores fundamentales para la producción y el tratamiento de las enfermedades somáticas es antigua, la validación de ésta creencia ha requerido de grandes esfuerzos, sobre todo en lo referente a la evaluación de los resultados en la prevención e intervención terapéutica. El estudio en ésta área se ha dirigido a la interacción de variables psicosociales y fisiológicas que participan en la enfermedad. Al modelo se le ha llamado Bio-psico-social o Psicología de la Salud, porque describe el uso general de los principios y técnicas psicológicas en el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, así como el uso de ciertas estrategias de investigación en la evaluación del tratamiento.

Entre las contribuciones más importantes de la aplicación del Análisis Experimental de la Conducta y la Terapia Conductual, se encuentra la reconexión de la psicología como una ciencia básica, a la investigación orientada a la intervención terapéutica (Blanchard, 1982).

En términos generales, los tipos de intervención realizados en la medicina conductual caen dentro de una de las siguientes categorías:

* Intervenciones para modificar una conducta abierta o respuesta fisiológica, que en sí misma constituye un problema.

- * Intervenciones para modificar la conducta de los profesionales de la salud, con objeto de mejorar el servicio que brindan.
- * Intervenciones para modificar la adherencia a los tratamientos preescritos.
- * Intervenciones para modificar conductas o respuestas que constituyen un factor de riesgo para enfermedades.

Las sub-áreas que se han derivado de las antes citadas son:

- a) Estudios psicofisiológicos encaminados a encontrar las relaciones básicas entre las terminales nerviosas centrales y periféricas de los órganos que afectan el funcionamiento del organismo y que están directamente relacionados con algún estado o enfermedad.
- b) Aproximaciones conductuales al tratamiento de enfermedades.
- c) Factores conductuales asociados con la etiología y/o prevención de enfermedades.
- d) Estudios psicofisiológicos sobre la modificación y mantenimiento de la conducta que promueve la salud.
- f) Secuelas psicológicas de la enfermedad.
- g) Factores implícitos en la rehabilitación.
- h) Estrategias de afrontamiento relacionadas con la enfermedad crónica.
- i) Estudios de adherencia a las prescripciones médicas.

Es importante resaltar el aspecto de la Intervención, porque la relevancia de ésta línea de trabajo radica en que los conocimientos y

estrategias terapéuticas derivados de ésta, tienen una aplicación clínica directa.

Debido a que una revisión detallada de las aplicaciones a cada uno de los diferentes problemas abordados por la Medicina Conductual requeriría de mucho tiempo, a continuación sólo se citan los tipos de problemas claramente estudiados, a saber: Trastornos neuromusculares; Manejo de la ansiedad; Conducta Tipo A; Temperatura de la piel; Presión sanguínea; Agudeza visual; Dolor de espalda baja; Dolor crónico; Dismenorrea primaria; Insomnio; Hábitos y conducta saludable; Leucemia infantil; Dolor de cabeza tensional; Tortícolis espasmódica; Diabétes; Asma; Caries (cirugía oral), Bruxismo; Anorexia; Vómito crónico; Trastornos gastrointestinales; Tratamiento y tolerancia al dolor; Enfermedad de Raynaud, etc. (Weiss, 1978).

A N T E C E D E N T E S

REVISION DE LA LITERATURA SOBRE LOS ASPECTOS MEDICOS DEL VERTIGO.

Debido a que el vértigo, es un padecimiento que ha sido abordado principalmente desde la óptica médica, en este apartado, se hará referencia de manera resumida a los aspectos más relevantes de éste trastorno: definición, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Definición.

En la literatura médica y psicológica (Corvera, 1978; O'Connor, 1988; Smith, 1990; Brown, 1990; Yardley, 1992; McGee, 1995), se encuentra una gran variedad de definiciones, en las que la controversia principal radica en los términos utilizados para denominar el padecimiento ("vértigo" o "mareo"), y la severidad de los síntomas que lo acompañan. Al respecto, Smith (1990), menciona que el término mareo, es más general e implica la sensación perturbada de la relación entre uno mismo y el espacio, y que el vértigo es un término más restringido, que implica necesariamente una ilusión de movimiento relativo (generalmente rotatorio) de los objetos o el ambiente externo. Así mismo menciona que en la práctica, la mayoría de los médicos, libros de texto y especialmente los pacientes, hacen caso omiso de ésta distinción.

Entre las definiciones más utilizadas, se encuentran las siguientes:

Cawthorne en 1945, lo describió como "una alucinación estresante de rotación, en la que la persona siente que los objetos externos giran a su alrededor, ó que su cabeza da vueltas en un ambiente estático (citado en Fewtrell y O'Connor, 1988).

El vértigo es una alteración del equilibrio que afecta el sentido de la relación espacial y que consiste en "una sensación subjetiva que aflora a nivel de la conciencia, la cual alarma y trastorna al paciente, quien a menudo es incapaz de describir exactamente lo que le sucede" (De Weese, S. y Saunders, W., 1974).

Groves, lo define como "cualquier movimiento o sensación de movimiento, bien en el mismo individuo, o en los objetos externos, que implica un defecto real o imaginario, en el equilibrio del cuerpo" (citado en Ballantyne y Groves, 1982).

Para Brandt (1991), el término se refiere a "una distorsión displacentera de la orientación estática gravitacional, o una percepción errónea de movimiento ya sea del propio sujeto o de su ambiente externo". Este menciona que el vértigo es una entidad nosológica que hasta ahora no ha sido bien definida y considera que este padecimiento es mejor descrito como un síndrome multisensorial que puede ser inducido ya sea por estimulación de sistemas sensoriales intactos, por movimiento, o por una disfunción patológica.

Otra de las definiciones, hace referencia al vértigo como un tipo especial de mareo caracterizado por sensaciones de movimiento (giro, inestabilidad o tambaleo) percibidos dentro de la cabeza de una persona (McGee, 1995).

Por otra parte, existe una definición psicológica del vértigo que, para los fines de la presente investigación, resulta más adecuada ya que integra los distintos aspectos médicos y la variación de síntomas de la enfermedad. Fué desarrollada a raíz de una serie de observaciones clínicas por Yardley, L., Tood A. M., Lacoudraye-Harter, M. M. e Ingram R. (1992) en Inglaterra: "Vértigo es el término médico que se refiere a la desorientación perceptual causada por una disfunción en alguna parte del sistema del equilibrio (generalmente órgano vestibular), en el que comunmente los pacientes describen su condición como mareo. Los síntomas pueden variar desde una vaga sensación de inestabilidad ("como estar flotando"), hasta ataques severos caracterizados por una sensación incontrolable de dar vueltas, seguida por náusea y vómito, visión borrosa, sudoración y fatiga".

Etiología.

Existen dos tipos de vértigo, el no patológico y el patológico. El primero es el causado por una estimulación inusual de estructuras sensoriales intactas y normales. Ejemplos de lo anterior pueden ser: el vértigo a las alturas, después de movimientos rotatorios, o bien debido a cambios repentinos en la consistencia del suelo.

Por otra parte, el vértigo patológico es el que aparece como resultado de diversas enfermedades, algunas de las cuáles están inclusive, fuera del campo de la otorrinolaringología. Farb (1983), clasifica las causas del vértigo de la siguiente manera:

1. Las auriculares.- se refieren a aquellas relacionadas con los trastornos del oído externo, oído medio y oído interno, incluyendo en ésta última la laberintitis, el síndrome de Meniere, el vértigo postural, etc.
2. Las oculares.- Incluye el glaucoma, desequilibrio muscular y error refractivo.
- 3.- Las neurológicas.- aquellas concernientes al nervio vestibular (neuronitis vestibular, meningitis, tumores), las del tallo encefálico (como, infecciones, problemas vasculares, traumatismo o esclerosis múltiple). Las cerebelosas vasculares (por absceso o tumor). Las cerebrales:

generadas por problemas vasculares, abscesos, epilepsia del lóbulo temporal, tumores o traumatismos.

4.- Por cuestiones generales.- tales como alergias, anemia, arterioesclerosis, avitaminosis, síndrome del seno carotídeo, cardiopatía, toxicidad medicamentosa, hipertensión, hipotensión y problemas metabólicos.

5.- Causas psicógenas.- como síntoma neurótico de aturdimiento.

6.- Causas odontógenas.- como problemas de la articulación temporo-maxilar.

El vértigo es un síntoma común en la consulta externa, sobre todo en personas mayores. Aún cuando hay una gran cantidad de causas orgánicas como ya hemos visto, en muchos casos no se encuentra un origen orgánico identificable. En consecuencia, el tratamiento médico en ocasiones puede llegar a ser poco efectivo y el problema entonces puede volverse crónico (Sullivan, Clark, Katon, Fischl, Russo, Doble y Voorhees, 1993).

Diagnóstico.

Una de las disciplinas avocadas al diagnóstico y tratamiento de éste padecimiento es la Otoneurología. El diagnóstico médico se basa principalmente en la descripción que da el paciente de su sintomatología, en los antecedentes clínicos, la exploración física y exámenes específicos, como son: Electronistagmografía (E.N.G.), Pruebas Rotatorias, Examen de los Pares Craneales, Lentes de Frenzel, Posturografía y en algunos casos Exámenes de Laboratorio. Dichos estudios se aplican dependiendo de los antecedentes del caso particular (Corvera, 1978).

Para fines diagnósticos resulta importante valorar clínicamente con diferentes estudios el posible origen del vértigo, ya que de ello dependerán el tratamiento y el pronóstico del caso.

Así mismo, se menciona que es indispensable diferenciar los diversos aspectos del trastorno, tales como la duración de los episodios vertiginosos, las situaciones que los precipitan y los síntomas asociados (McGee, 1995).

Smith D. (1990), refiere que la aproximación diagnóstica más útil, es el discernir en primera instancia, si las quejas del paciente, sugieren un trastorno cerebral ó del oído interno, ambos ó ninguno. De ésta forma las dos principales categorías diagnósticas a considerar son:

a) Evidencia de trastornos en el sistema vestibular.

b) Sin evidencia de trastornos en el sistema vestibular.

Existen, sin embargo, diagnósticos más específicos de cada una de estas categorías, los más frecuentes son:

Síndrome de Meniere.- Es un tipo de trastorno caracterizado por ataques de vértigo episódicos, que consiste de tres síntomas principales: vértigo, pérdida progresiva de la audición y sensación de oídos tapados acompañada de acúfeno o tinnitus.

Vértigo Postural Paroxístico Benigno.- Se caracteriza por ataques episódicos de vértigo que duran menos de un minuto y que son provocados por movimientos bruscos de la cabeza o del cuerpo, como agacharse, levantarse, girar, etc. En algunos casos aparece después de haber presentado traumatismos o infecciones en el oído .

Vértigo Postural Post-Traumático.- En éstos casos el vértigo se presenta como consecuencia de traumatismos severos. Los episodios vertiginosos también son provocados por movimientos bruscos del paciente y generalmente duran minutos.

Disfunción Vestibular Central ó Periférica (de etiología vascular y/o metabólica, post-ototóxicos, etc).- Se caracteriza por una descompensación de los órganos vestibulares de uno o ambos oídos

que ocasiona una sensación de inestabilidad o mareo leve que puede aparecer repentinamente y durar varias horas.

Neuritis Vestibular o Laberintitis.- Caracterizada por experiencias de vértigo abruptas y sostenidas que pueden durar de uno a siete días. Se asocia en muchos casos al padecimiento reciente de enfermedades febriles (generalmente de las vías respiratorias). En éstos casos el nervio vestibular se encuentra atrofiado y las demás estructuras sensoriales están intactas.

Vértigo Psicógeno.- Este tipo de vértigo es diagnosticado cuando no existe ninguna causa orgánica identificable después de haber realizado todos los estudios pertinentes, o bien, cuando ésta existió pero ha sido tratada en forma que se esperaría la recuperación total del paciente, sin embargo éste sigue presentando los síntomas en forma persistente. La evaluación psicológica es fundamental para poder confirmar el diagnóstico de vértigo psicógeno (Baccari, 1994). Brandt (1991), describe las formas más comunes en que puede presentarse el vértigo psicógeno: como síntoma de la neurosis ansiosa, depresión, histeria, psicosis, síndromes post-traumáticos y simulación deliberada; como síndrome definido en la Agorafobia y la Acrofobia; como consecuencia de síndromes vertiginosos orgánicos en personalidades predisponentes, desórdenes psiquiátricos manifiestos y agravación deliberada de los síntomas.

Tratamiento.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del vértigo presentan diferentes dificultades, que van desde encontrar su origen y determinar cuál es la forma más adecuada de tratarlo, hasta controlar la angustia que genera en el que la padece, ya que en muchos casos llega incluso a ser incapacitante y en algunas ocasiones, los médicos no cuentan con los medios o las técnicas necesarias para controlar éste aspecto de la enfermedad. El vértigo, en la mayoría de los casos, puede ser tratado en forma efectiva, sin embargo para que el tratamiento tenga el efecto esperado se requiere de una aproximación interdisciplinaria, la cual es inusual para los médicos, quienes generalmente han sido entrenados o especializados en un área particular (Brandt, 1991).

De éste modo, puede considerarse que existen dos aspectos reelevantes en el tratamiento de ésta enfermedad: el médico y el psicológico.

En relación al aspecto médico, el tratamiento dependerá de la etiología y en consecuencia del diagnóstico. Generalmente consiste de algún medicamento (diurético, oxigenador cerebral, anticolinérgico ó antihistamínico) y/o ejercicios corporales específicos (ejercicios de Cawthorne-Cooksey y Brandt-Daroff) que favorecen y promueven los mecanismos de compensación laberíntica (Brandt, T. y Daroff, R.B., 1980).

En cuanto al aspecto psicológico del tratamiento, se ha mencionado que además de los factores biológicos inherentes a la enfermedad, los factores psicológicos juegan un papel sumamente importante en el mantenimiento o superación de los síntomas físicos, la incapacidad y la ansiedad causados por el vértigo (Yardley, Tood, Lacoudraye-Harter e Ingam, 1992; Yardley, 1994; Grigsby y Lee, 1989; Clark, Sullivan, Katon, Russo, Fischl, Doble y Voorhees, 1993). Es con base en éste tipo de observaciones que se ha considerado importante el tratamiento psicológico complementario de dichos factores (Beyts, 1987; McKenna, Hallam y Hinchcliffe, 1991).

Baccari (1994), menciona que la rehabilitación del paciente con vértigo, debe dirigirse principalmente a la reincorporación de éste a su vida social y profesional. Considera también que los ejercicios de Cawthorne-Cooksey, indicados por los médicos, además de favorecer y promover los mecanismos de compensación laberíntica, pueden actuar como un importante método psicoterapéutico, ya que aparentemente el entrenamiento del paciente a través de dichos ejercicios de habituación, así como de otros métodos psicoterapéuticos, puede promover el rompimiento del círculo vicioso formado por las influencias de los síntomas psicológicos sobre los orgánicos y viceversa. Otro de los aspectos que refiere es en relación al ajuste psicológico del paciente con vértigo, considerando a éste como fundamental para el adecuado procesamiento de los mecanismos de compensación vestibular y

afirmando que la disrupción o reaparición de trastornos emocionales pueden detener dicha compensación.

Ante las observaciones de que existen síntomas similares en los episodios de vértigo y los ataques de pánico, tales como la hiperventilación y la interpretación catastrófica en relación a la enfermedad, autores como Beyts (1987) y Mc.Kenna, Hallam y Hinchliffe (1991), han sugerido que la Terapia Cognitivo Conductual podría ser de utilidad como un complemento al tratamiento médico del vértigo, ayudando al paciente a promover la adaptación y mecanismos de afrontamiento más efectivos.

La Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Respiración Diafragmática, son algunas de las técnicas cognitivo conductuales que se han utilizado en el tratamiento de otros padecimientos en los que la ansiedad es un síntoma característico, por lo que autores como Yardley, Masson, et. al (1992), han planteado la hipótesis de que dichas técnicas podrían ser igualmente útiles en el caso del vértigo.

Por lo anterior y debido a que la evaluación de dichas técnicas nos ocupa en la presente investigación, a continuación describiré brevemente algunos antecedentes y el procedimiento general de cada una.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Es una técnica psicoterapéutica de orientación cognoscitiva cuya efectividad clínica ha tenido un marcado impacto entre los clínicos de todas las orientaciones. Sus orígenes se remontan al año 1957 en que se publica el libro *How to live with a neurotic* de Albert Ellis.

La posición de la T.R.E en cuanto al aspecto del pensamiento y la emoción, deriva de la filosofía estoica y específicamente del filósofo y moralista Epieteto de Hierópolis quien afirmó en un apotegma que "el hombre no es atormentado por las cosas sino por la opinión que tiene de ellas". De esta manera, para el terapeuta racional emotivo la emoción humana está estrechamente ligada al pensamiento. Y si el pensamiento es en una gran parte verbal, más que gráfico, las emociones estarán determinadas por la forma en que la persona se habla a sí misma.

De acuerdo a Ellis (1973), existe en el hombre una tendencia irracional a evaluarse a sí mismo, a su persona, a su ser total, a partir de sus ejecuciones, sus conductas, las cosas que hace. Ellis considera que lo que alguien hace y él, son cosas distintas.

La teoría principal de Ellis (Teoría A-B-C), afirma que las emociones frecuentemente no tienen nada que ver con los acontecimientos reales. Entre el hecho (A) y la emoción que se desarrolla (C), media la real o

Irreal apreciación mental del mismo. Los propios pensamientos (B), son los que crean ansiedad, mal humor y depresión.

La T.R.E se ha aplicado con éxito a una gran cantidad de problemas clínicos entre los que se incluyen: Problemas matrimoniales ,impotencia y frigidez, homosexualidad primaria, esquizofrenia (Ellis, 1962), psicosis y psicósis limítrofe, alcoholismo (Ellis, 1973), desórdenes impulsivos, tales como el robo de autos, asalto armado, abuso de alcohol, exhibicionismo, pedofilia (Watkins, 1977), depresión (Ellis, 1961), problemas sexuales femeninos (Ellis, 1977), problemas y dificultades de aserción (Ellis, 1965; Lange y Jakubowsky, 1976; Wolfe, 1975), modificación de conducta infantil (Hauck, 1967; Knauss, 1977, DiGiuseppe, 1977; DeVoge, 1977).

Cabe señalar que el material enlistado se refiere a libros o artículos de revisión sobre la aplicación de la T.R.E a cada problema específico.

Ellis (1975), menciona que muchas de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades médicas, proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana. Los cambios psicológicos que se experimentan con una enfermedad, son a veces más importantes que la propia enfermedad y por tanto, suelen ser la motivación primaria para buscar ayuda médica. En estos casos, la T.R.E se utiliza para ayudar a los

pacientes a superar los sentimientos y conductas inapropiadas en relación a su padecimiento.

La práctica de la T.R.E, puede resumirse en los siguientes pasos:

Primero: Identificación de las ideas irracionales.

Segundo: Establecer en la persona la concepción de la responsabilidad personal sobre las emociones.

Tercero: Instruir a la persona sobre las principales concepciones irracionales acerca del mundo y de la gente, demostrando por qué son irracionales.

Cuarto: Presentar alternativas más racionales y menos autoderrotistas que puedan sustituir a los patrones de pensamiento irracional.

Quinto: Capacitar al sujeto para que, por sí solo, pueda cambiar su pensamiento irracional, combatirlo, demostrar sus fallas lógicas, encontrar argumentos racionales y cambiar sus emociones negativas.

Sexto: El terapeuta y la persona combaten los pensamientos irracionales. El ataque es frontal, en ocasiones violento y se lleva al cabo desde las áreas intelectual, conductual y emocional.

Así mismo, Ellis y Grieger (1977), enfatizan la existencia de cuatro formas básicas de pensamiento irracional, que predominan sobre la mayor parte de las emociones perturbadas. Estas ideas son las siguientes:

1.- Algún tipo de exigencia pueril que puede identificarse a través de las verbalizaciones "debe, tiene que, debe de, debía, tendría que, etc."

2.- La ideación catastrófica, es decir, el hecho de considerar que cuando las cosas no son como uno cree que "deberían" ser, entonces la situación es "horrible, terrible, catastrófica ó lo peor que podría pasar."

3.- La incapacidad personal para manejar una situación que según las personas es "horrible" porque no "debería" ser así. Se puede inferir a través de verbalizaciones como "no lo soporto, no lo tolero, no lo aguanto, etc."

4.- La tendencia a absolutizar, es decir, a considerar los acontecimientos o personas como el extremo de los opuestos por ejemplo "bueno-malo, siempre-nunca, todo-nada, etc."

Cuando una persona efectúa un cambio filosófico en (B), según la teoría A-B-C, suele ser capaz de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas de la realidad. Además puede obtener beneficios de enfrentarse más directamente a dichas inferencias. (Ellis y Abraham, 1986).

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACION DIAFRAGMATICA

Esta técnica parte del supuesto de que la mayoría de las personas en la actualidad, con sus horarios rígidos y su vida sedentaria, expuestos a una gran cantidad de situaciones estresantes, han tenido que apartarse de la forma de respiración natural completa, como la que se observa en los niños saludables o en los hombres salvajes. Por el contrario, existe una tendencia a respirar en forma incompleta (respiración torácica).

Davis, Robbins y Mc. Kay (1982), mencionan que una respiración correcta es el antídoto contra el estrés. Cuando la cantidad de aire que llega al pulmón es insuficiente, la sangre no puede oxigenarse, es decir, no puede purificarse adecuadamente y los productos de degradación de las células que deberían expulsarse de la circulación, van intoxicando lentamente nuestro organismo. Cuando la sangre no recibe el suficiente oxígeno, los distintos órganos y tejidos quedan desnutridos y deteriorados. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión, fatiga y hace que muchas veces, una situación estresante sea todavía más difícil de superar. Los hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental.

Por otra parte, dichos autores reportan que los ejercicios de respiración diafragmática han demostrado ser útiles en la reducción de la

depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga. Con frecuencia son utilizados en el tratamiento de la apnea y la hiperventilación.

Para entrenar a los pacientes en ésta técnica, proponen los siguientes pasos:

1. Observación de la respiración: El objetivo principal es que el paciente identifique el tipo de respiración que realiza (torácica / diafragmática). Para lo anterior se le pide que coloque una mano en el tórax y otra en el abdomen, concentrándose en identificar cuál de las dos se mueve más al respirar.

2. Respiración profunda: El paciente debe colocarse en una posición que le resulte cómoda y seguir observando los movimientos que realiza al respirar. A continuación debe explicarse que es preferible respirar por la nariz y exhalar por la boca. El aire debe inhalarse en forma lenta y relajada, de manera que pueda llegar hasta la parte inferior de los pulmones, la exhalación también debe hacerse lentamente. Recomiendan continuar haciendo respiraciones largas y profundas que eleven y desciendan el abdomen durante 5 ó 10 minutos y realizar este ejercicio varias veces al día. Es importante que el paciente trate de asociar la salida del aire, con sensaciones placenteras de relajación y bienestar. Una vez que haya aprendido a relajarse mediante la respiración diafragmática, el paciente debe practicarla cada vez que note que va a ponerse tenso.

PRINCIPALES ESTUDIOS PSICOLOGICOS SOBRE VERTIGO.

En la literatura internacional especializada se encuentran principalmente dos líneas de investigación. La primera se ha enfocado a estudiar la relación entre el vértigo y algunos síntomas psicológicos o psiquiátricos y la segunda al no menos complicado asunto de la medición objetiva de la sintomatología y los factores asociados.

En la primera línea, numerosos estudios han documentado la existencia de una relación entre el vértigo y algunas alteraciones emocionales (Crary y Wexler, 1977; Mc.Kenna, Hallam y Hinchcliffe, 1991; Egger, Luxon, Davies, Coelho y Ron, 1992).

Una parte de dichos estudios, se ha encaminado a averiguar si alguna alteración psicológica es condicionante a una enfermedad vestibular (efecto psicósomático), o si todo el problema es causado por un trastorno vestibular (efecto somatopsíquico). Las interpretaciones psicósomáticas de éste vínculo entre ansiedad y vértigo, incluyen la concepción de que la ansiedad o el estrés pueden provocar o exacerbar los ataques vertiginosos y la hipótesis de que ciertas características particulares de personalidad pueden predisponer a ciertas personas, ya sea a padecer el vértigo, o bien a desarrollar desórdenes orgánicos que de hecho lo inducirían.

En apoyo a ésta perspectiva, existe cierta evidencia de que las quejas de mareo o inestabilidad expresadas por personas que no han sido referidas a los hospitales como vertiginosas, pueden estar influenciadas por características de personalidad o factores emocionales (Hallam y Stephens, 1985; Stephens, Hogan y Meredith, 1991). Del mismo modo, varios autores han descrito mecanismos psicofisiológicos que podrían explicar cómo la activación a la ansiedad puede provocar desorientación (Jacob, 1988; O'Connor, Hallam, Beyts y Hinchcliffe, 1988; Theunissen, Huygen, Folgering, 1986). Por otra parte, la incidencia de problemas psiquiátricos previos, observados en pacientes con trastornos vestibulares referidos a las clínicas otoneurológicas (Egger, Luxon, Davies, Coelho, Ron, 1992; Mc.Kenna, Hallam y Hinchcliffe, 1991), ha sugerido también un posible contribución psicósomática al problema del vértigo.

Se ha observado también, que los factores emocionales pueden precipitar o empeorar no únicamente el vértigo, sino también otros síntomas frecuentemente asociados, tales como la hipoacusia, las náuseas, el vómito, etc. (Baccari, 1994).

Sin embargo, algunos autores (Yardley, Luxon y Haacke, 1994) consideran que los estudios que apoyan la hipótesis psicósomática presentan ciertas limitaciones en lo referente a los diseños experimentales que han utilizado, ya que una mayor fortaleza de sus hallazgos requeriría de diseños longitudinales prospectivos, que

permitieran excluir la posibilidad de que los niveles de ansiedad o estrés reportados por los pacientes, no se vean influenciados por recuerdos selectivos de episodios de estrés o ansiedad. Si lo anterior sucediera, los pacientes se estarían percibiendo como anormalmente ansiosos o estresados en los períodos previos a la aparición del vértigo, situación que obviamente alteraría sus reportes en el momento del estudio.

De éste modo, en la literatura se refiere (Baccari, 1994) que en términos generales, es la ausencia de un equilibrio físico lo que genera la inseguridad psicológica, aunque no queda descartada la hipótesis de que lo contrario pueda ocurrir. Los estudios en los que se han utilizado historias de caso, han proporcionado amplia justificación para ésta interpretación somatopsíquica de la relación, detallando el desarrollo de síntomas de pánico, agorafobia, ansiedad y depresión, secundarios a una disfunción vestibular (Jacob, Lillienfeld, Furman, Durrant y Turner, 1989; Pratt y Mc.Kenzie, 1958). También se ha reportado que es común que los pacientes con vértigo se atemoricen o tengan ansiedad, al imaginar que tienen alguna enfermedad grave. Al continuar presentando vértigo, éstos pacientes se deprimen y se vuelven inseguros debido a que los síntomas interfieren con sus actividades rutinarias (Baccari, 1994).

Una parte de los estudios, en la concepción somatopsíquica, se ha dirigido a tratar el aspecto de las consecuencias psicosociales del vértigo en los pacientes. Se encuentran reportes de algunos estudios

descriptivos rudimentarios en relación a esto (Levy y O'Leary, 1947; Pratt y Mackenzie, 1958), en los cuales se consideraba como la consecuencia más frecuente del vértigo, el miedo a los espacios abiertos, algunas veces acompañado de ataques de pánico y depresión. Jakes (1988), menciona que los aspectos psicológicos tienen importantes implicaciones, no únicamente en el diagnóstico, sino también en el tratamiento de los pacientes con vértigo. En lo que se refiere al diagnóstico, dicho autor enfatiza que los diferentes síntomas psicológicos tales como la ansiedad y la depresión, habitualmente están presentes en la mayoría de éstos casos.

Se había encontrado también (Haye y Quist-Hansen, 1976; Nobbs, 1988), que el vértigo recurrente podía ocasionar en los pacientes, dificultades laborales y jubilaciones prematuras, así como la preocupación de provocar conflictos familiares, o el sentirse incapaces de establecer y mantener compromisos sociales.

Yardley (1992) realizó una de las primeras investigaciones sistemáticas acerca de las consecuencias psicosociales del vértigo recurrente y de la naturaleza de la incapacidad que experimentan los pacientes vertiginosos. Esta investigación se encaminó a estudiar en forma más profunda éstos aspectos, ya que se consideró que todo intento por aliviar o prevenir los efectos secundarios, tales como la alteración psicológica y la privación social, debía estar basado en un entendimiento de cómo éstas surgen.

En dicho estudio se utilizó la técnica de entrevista estructurada para obtener una descripción personal, pero sistemática, de las consecuencias psicológicas y sociales más frecuentes en los pacientes con vértigo recurrente. Las consecuencias encontradas con mayor frecuencia fueron las siguientes:

a) Restricciones en las actividades generales rutinarias.

**Incapacidad para manejar, en algunos casos para viajar en autobús, tren, avión o automóvil.

**Dificultad para realizar actividades cotidianas, como lavar, cocinar, ir de compras, restricciones de movimiento, poca concentración y fatiga.

b) Restricciones en el trabajo.

** Periodos significativos de ausentismo laboral.

** Dificultad para rendir ante las exigencias laborales, inhabilidad para concentrarse, tomar responsabilidades y manejar maquinaria pesada.

c) Restricciones en actividades sociales y de entretenimiento.

** Incapacidad para bailar, nadar, andar en bicicleta, algunos deportes, jardinería, asistir a fiestas, clubs , restaurantes, reuniones, etc

d) Restricciones en las actividades familiares.

** Los pacientes en muchas ocasiones requieren de apoyo físico y ayuda práctica de los familiares.

** Los familiares se ven obligados a compartir las restricciones en el estilo de vida del paciente.

** Los miembros de la familia se encuentran ansiosos y molestos.

** El vértigo causa tensión en el núcleo familiar.

e) Restricciones sociales más allá de la familia.

** La gente en ocasiones reacciona con molestia ante los ataques de vértigo y la anticipación de éstos.

** El vértigo es atribuido a alcoholismo.

f) Restricciones por normas autogeneradas.

** Restringir el movimiento (permanecer sentados, descansar, moverse lentamente).

** Evitar actividades que requieran de esfuerzo físico.

** Evitar salir solos a la calle.

** No decirle a otros sobre el vértigo.

g) Reacciones emocionales ante el vértigo.

** Es percibido como algo horrible.

** Miedo de serias implicaciones como la muerte o volverse locos.

** "Cambios de personalidad."

** Depresión y ansiedad.

Los resultados encontrados confirmaron la hipótesis de que el paciente con vértigo vive una situación de "estigmatización". Los efectos de la enfermedad con frecuencia no son comprendidos por otros, o bien son mal interpretados como alcoholismo e hipocondriasis. Las restricciones en el estilo de vida así como las estrategias de afrontamiento, tienden a generar un cambio cognoscitivo interno, en el cual los pacientes formulan reglas propias que gobiernan su conducta. La pérdida de control es causa de depresión y los sujetos se sienten incapaces de realizar casi cualquier cosa. La ansiedad es también producto de un aparente conflicto sin solución, entre el deseo de mantenerse activos y la necesidad de limitar sus actividades. La autora menciona que la importancia de éste análisis de la incapacidad, radica en que proporciona datos útiles sobre las áreas de intervención con los pacientes, de manera que pueda prevenirse el desarrollo de trastornos psicológicos secundarios a la enfermedad.

En un estudio posterior, Yardley (1994) encontró que las percepciones negativas acerca de los síntomas físicos en el vértigo, contribuyen de manera importante a las dificultades psicosociales en las personas que lo padecen. Las creencias acerca del vértigo más relacionadas con la incapacidad que resulta de éste, comprenden la preocupación sobre el parecer incompetentes y la posibilidad de sentirse avergonzados ante los demás; lo anterior puede ocasionar ansiedad y la evitación de un gran número de actividades y compromisos sociales. De ésta forma, comprobó la hipótesis respecto a la influencia de los factores

psicológicos sobre el mantenimiento o superación de la incapacidad y el estrés causados por el vértigo.

En la misma línea (concepción somatopsíquica), algunas investigaciones han tratado de relacionar los procesos psicológicos que ocurren en los ataques de pánico, con los que se han observado en el vértigo. Clark (1986), Salkovskis, Clark y Hackmann (1991), han encontrado que la interpretación catastrófica de los síntomas físicos, es un aspecto central de los ataques de pánico. Así mismo, existen otros reportes en relación a que las percepciones negativas de los cambios fisiológicos, en éstos casos, pueden generar un incremento en la ansiedad, que puede incluso llegar a la hiperventilación, la cual traería como resultado la aparición de síntomas autonómicos adicionales (Ley, 1992; Pauli *et al.*, 1991).

O'Connor, Hallam, Beyts y Hinchcliffe (1988), consideran que un mecanismo similar al que ocurre en los ataques de pánico, puede contribuir a la sintomatología asociada al vértigo. Notaron que los cambios autonómicos forman un grupo prominente de síntomas independientes, en los pacientes que se quejan de mareo. Yardley, Masson, *et al.* (1992) encontraron que la relación entre ansiedad e incapacidad en pacientes con vértigo, estaba mediada por el número y la frecuencia de síntomas autonómicos reportados por éstos.

Swinson, Cox, Rutka, Mai, Kerr y Kuch (1993), realizaron una investigación piloto en la cual encontraron un alto porcentaje de pacientes con desorden de pánico asociado con mareo, que tenían un funcionamiento audiológico y vestibular anormal, lo que sugería que podía haber una relación entre éstos dos factores. Los resultados no apoyaron la hipótesis de que el vértigo orgánico sea etiológicamente importante para causar el pánico o la agorafobia.

Beyts (1987), McKenna, Hallam y Hinchclife (1991), ante las observaciones de que existen elementos similares en el vértigo y los ataques de pánico tales como la hiperventilación y la interpretación catastrófica, sugieren que la Terapia Cognitivo- Conductual, podría entonces ser de mucha utilidad, como un complemento al tratamiento médico del vértigo (medicamentos y ejercicios físicos de rehabilitación), ayudando al paciente a promover la adaptación y mecanismos de afrontamiento más efectivos.

En la literatura científica, se ha cuestionado la posible relación entre el vértigo y los trastornos psiquiátricos. Por ello, Sullivan, Clark, Katon, Fischl, Russo, Doble y Voorhees (1993), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la naturaleza del trastorno psiquiátrico en población clínica con vértigo orgánico y no orgánico. Los resultados indicaron que habían datos psiquiátricos en ambos grupos, y que cuando existen ambos elementos, el caso se torna más severo.

Ante la afirmación de que los factores psicosociales están implicados en un alto porcentaje de las visitas al médico de pacientes que acuden a consulta externa (Stoeckle, Zola y Davidson, 1964; Katon, Kleinman y Rosen, 1982) y de otras observaciones que muestran que cuando coexisten un trastorno psiquiátrico, como la depresión, y un síntoma médico, a menudo se incrementa la tendencia a consultar a los médicos y hay un mayor decremento en el nivel de funcionalidad cotidiana de los pacientes (Linzer, Pontinen y Gold, 1991; Drachman y Hart, 1989; Bowen y Larson, 1989; Cohen, 1991; Kroenke y Arrington, 1990; Katon, Kleinman y Rosen, 1982; Stoeckle, Zola y Davidson, 1964; Pennebaker, 1982; Drossman, Sandler y Mc. Kee, 1982), Clark, Sullivan, Katon, Russo, Fischl, Doble y Voorhees (1993), diseñaron otro estudio con el objetivo de comprobar algunas hipótesis: (1) los pacientes con vértigo pueden presentar un nivel de hipocondría mayor que la población general, o comparable a la población con padecimientos crónicos y (2) los trastornos psiquiátricos se encuentran asociados con un mayor nivel de hipocondría y dolor corporal más que con una disfunción vestibular orgánica. Los resultados mostraron que el paciente con vértigo de origen orgánico presenta una disminución en la calidad de vida, similar a la de los hipertensos, cardiopatas, diabéticos, etc y que las preocupaciones hipocondriacas en dichos pacientes, se incrementan cuando coexiste un trastorno psiquiátrico.

De acuerdo a lo planteado al principio de éste apartado, una segunda línea de investigación, se ha dirigido específicamente al problema de la medición objetiva del vértigo y sus consecuencias psicológicas.

En ésta línea algunos autores como Yardley, Masson, Verschuur, Haacke y Luxon (1992), se han esforzado por desarrollar instrumentos confiables y válidos que permitan tener datos más objetivos en relación a dichos aspectos. La inquietud por abordar el aspecto de la medición surgió de algunas observaciones. En primer lugar resulta difícil diferenciar la relativa contribución de los trastornos psicológicos y físicos a las quejas de vértigo de los pacientes, debido a que existe un considerable traslapamiento entre los síntomas de vértigo, pánico y ansiedad somática. En segundo término observaron una desincronía entre los resultados de las pruebas vestibulares (realizadas por los médicos) y las quejas de los pacientes, en cuanto a la severidad de la sintomatología.

De acuerdo a lo anterior, dichos autores desarrollaron un proyecto, en el cual se plantearon como propósito, desarrollar un instrumento de medición basado en el autoreporte de la severidad del vértigo, que no estuviera contaminado por sintomatología que puede ser ocasionada por ansiedad, y que pudiera ser utilizado como complemento a las pruebas vestibulares, para examinar la relativa influencia del vértigo y la ansiedad en la incapacidad y ansiedad reportadas por los pacientes. El instrumento que resultó de dicho estudio fué denominado "Escala Sintomática de Vértigo" (E.S.V). Este instrumento será descrito más

adelante. Con base en las observaciones y hallazgos durante el desarrollo de la escala, los autores sugieren que, como complemento al tratamiento médico de un trastorno vestibular, las quejas de severidad de la sintomatología de los pacientes, podrían verse beneficiadas con aproximaciones terapéuticas diseñadas para promover el control de los síntomas autonómicos y reducir los niveles de ansiedad somática.

En conclusión, la revisión de la literatura especializada permite vislumbrar, por una parte, la complejidad que involucra éste padecimiento, debido a la participación de una gran variedad de factores tanto médicos como psicológicos y en segundo lugar, como consecuencia de lo anterior, la necesidad de abordarlo desde una perspectiva interdisciplinaria. Además, existe un consenso en relación a que debe hacerse todo lo posible para tranquilizar al paciente con éste padecimiento, ya que el tratamiento de los aspectos psicológicos, en especial de la ansiedad, puede aumentar la eficacia del tratamiento médico y promover la rehabilitación de los pacientes. (Ballantyne y Groves, 1982; Baccari - Kuhn; 1994; Yardley, 1994).

INVESTIGACIONES Y TRABAJO CLINICO SOBRE EL VERTIGO EN NUESTRO PAIS.

En México, en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana el cuál pertenece a la Secretaría de Salud, en los servicios de Otoneurología y Psicología, son atendidos pacientes que presentan sintomatología vertiginosa. A través de la experiencia en la atención de éste tipo de pacientes, se ha observado que si los aspectos psicológicos implicados en el vértigo no son abordados en forma paralela al tratamiento médico, la probabilidad de que éste surta el efecto de recuperación esperado, disminuye considerablemente.

También se ha visto que los síntomas de ansiedad y depresión son característicos de éstos pacientes, y que al parecer, dichos síntomas tienen cierta influencia en la forma y sobre todo en la intensidad con que éstos perciben los síntomas del vértigo, así como en la incapacidad que desarrollan alrededor de éstos. Estas observaciones parecen apoyar los resultados de investigaciones desarrolladas en otros países, las cuales ya se mencionaron.

Por lo anterior, tanto médicos, como psicólogos del Instituto consideraron importante abordar éste padecimiento en una forma más completa e integral, de manera tal que fueran tratados en forma paralela los aspectos médicos y psicológicos del padecimiento y en

consecuencia los pacientes se vieran beneficiados. Se planteó entonces la posibilidad de implementar la intervención psicológica directamente.

La Medicina Conductual se consideró el enfoque más adecuado, pues proporciona la integración de elementos médicos y psicológicos que permitiría lo anterior, a través de la promover y facilitar la rehabilitación y reincorporación de los pacientes a las actividades cotidianas.

Un grupo de psicólogos, basados en el hecho de que hasta donde les fué posible averiguar, en nuestro país no se había intentado anteriormente un abordaje de éste tipo y ante la posibilidad de incorporar el tratamiento psicológico como un servicio más de los que brinda el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, dieron inicio a una línea de investigación sobre éste trastorno, que a su vez se subdividió en varios proyectos.

El primero se planteó como meta reunir una muestra representativa de pacientes con diagnóstico de vértigo y mediante la aplicación de pruebas psicológicas, determinar si existen características de personalidad específicas asociadas a dicho trastorno, con el fin de obtener datos objetivos y sistemáticos que ratificaran o rechazaran ciertas conclusiones médicas empíricas que sostienen la predominancia de personalidades histéricas e hipocondríacas, en los casos en los que no existe una base orgánica que justifique el cuadro clínico.

El segundo proyecto, se enfocó a uno de los principales problemas de las disciplinas que involucran a la salud; la cuantificación objetiva de los síntomas que presentan las distintas patologías. Pretende responder a la necesidad de contar con Instrumentos de medición psicométrica, estandarizados que puedan ser utilizados para evaluar los cambios, tanto de los síntomas propiamente, como de los aspectos psicosociales asociados al vértigo. Para lo anterior, Morales, Jurado y Medina (1996) eligieron traducir, adaptar y estandarizar, con la autorización de sus autores (Yardley, Masson, et.al, 1992) el "Cuestionario de Incapacidad por Vértigo (CIV) y la "Escala Sintomática de Vértigo" (ESV). Se realizó el estudio de su validez y confiabilidad; los resultados obtenidos con un total de 172 aplicaciones de cada instrumento, muestran que los reactivos de ambas escalas tienen una elevada capacidad discriminativa, así como una confiabilidad óptima, según el puntaje obtenido en los análisis estadísticos para cada una: Escala Sintomática de Vértigo (Alfa= .9006), Cuestionario de Incapacidad por Vértigo (Alfa= .8743). Las normas de los cuestionarios para población mexicana, fueron calculadas mediante la obtención de los rangos percentilares.

El tercer proyecto se planteó como objetivo evaluar la posible efectividad de un paquete de técnicas cognitivo conductuales en la reducción de la sintomatología vertiginosa, ya que los pacientes referidos al servicio de Psicología del instituto (diagnosticados con un trastorno de tipo vertiginoso), anteriormente sólo recibían tratamiento médico con frenadores laberínticos y ejercicios de habituación. Jurado,

Morales y Medina (1996), realizaron dicho estudio exploratorio, abordando el componente psicológico. Participaron 14 personas asignadas a uno de dos grupos consecutivos. Para cada grupo se llevaron a cabo seis sesiones, una vez a la semana, de dos horas cada una. Cada uno de los grupos fué sometido al siguiente tratamiento: enseñanza teórica práctica de Control Respiratorio, Relajación muscular por tensión-relajación, Terapia Racional Emotiva enfocada a descatastrofizar el miedo al vértigo y Técnica de Solución de Problemas. Con el objeto de confirmar la coexistencia de ansiedad y depresión con el vértigo se aplicaron los inventarios estandarizados de Ansiedad (Varela y Villegas, 1996) y Depresión de Beck (Méndez, 1996), encontrándose diferencias significativas en los puntajes pretest-postest de ansiedad ($z = -2.9003$, $P < 0.05$) y depresión ($z = -2.2228$, $p < 0.05$). Igualmente se realizó un análisis para las diferencias de los puntajes reportados por los participantes antes y después de las sesiones de tratamiento a los indicadores de: duración, intensidad y frecuencia de las sensaciones de vértigo. El análisis estadístico mediante la prueba del signo, mostró que la probabilidad obtenida fué menor al nivel alfa ($\alpha < 0.05$), lo cuál permitió rechazar la hipótesis nula y afirmar que el tratamiento cognitivo conductual tiene un efecto sobre la sintomatología vertiginosa.

Morales, Medina y Jurado (aceptado para publicación), posteriormente intentaron replicar el trabajo arriba mencionado, pero utilizando en ésta ocasión un grupo control y medidas de autoreporte de duración,

intensidad y frecuencia, de modo tal, que pudieran tener datos sobre la posible sistematización del tratamiento psicológico basado en técnicas cognitivo conductuales. También decidieron sustituir el ejercicio de relajación muscular progresiva, por la relajación autogénica, ya que en el estudio previo encontraron que el primero ocasionaba malestar general a los pacientes. En éste estudio participaron 14 personas que fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control (N=7) y un grupo experimental (N=7). La duración fué de seis semanas; una sesión semanal (grupal), de dos horas. Sólo el grupo experimental recibió el tratamiento en un primer momento, mientras que el grupo control tuvo en las primeras seis sesiones un "pseudo tratamiento", que consistió en pláticas informativas sobre el vértigo proporcionadas por los médicos de la institución, sin mencionar las técnicas psicológicas. Al término de seis sesiones de tratamiento, se realizaron las mediciones post-test. El contraste de los grupos control y experimental mediante la prueba de Wilcoxon, mostró diferencias significativas para los reportes de intensidad (χ^2 cuadrada= 26.1, 5gl., $p < .001$) y frecuencia de los síntomas de vértigo (χ^2 cuadrada= 18.90, 5gl., $p < .001$). Por otra parte, los participantes también manifestaron mejoría en el reporte de bienestar subjetivo. Como conclusión a éste estudio, se menciona que el tratamiento cognitivo conductual sí tiene un efecto estadísticamente significativo en la sintomatología de éste tipo de pacientes.

JUSTIFICACION

Con los resultados de las Investigaciones antes mencionadas, se planteó también la necesidad de sistematizar la evaluación de éste programa de técnicas cognitivo conductuales, para determinar cuáles son los factores que se encuentran influyendo en su eficacia sobre el control de la sintomatología vertiginosa y determinar con precisión el efecto real de cada una, así como responder a las interrogantes específicas surgidas al respecto, por ejemplo: ¿Cuál de éstas técnicas tiene un mayor efecto en la disminución de la sintomatología?, ¿cómo resultan ser más eficaces las técnicas, en forma aislada o conformadas en un programa integral de tratamiento? y si ¿existe alguna diferencia en la efectividad del programa de acuerdo al orden de presentación de las técnicas?.

El objetivo principal de realizar ésta evaluación sistemática, es conformar un programa de tratamiento con las características óptimas, que permitan al paciente vertiginoso lograr un control (disminución) de la sintomatología asociada a su padecimiento y en consecuencia, mejorar su calidad de vida.

La presente Investigación representa una primera fase de dicha sistematización y su propósito principal fué el proporcionar avances, evaluando dos de las técnicas que conforman el programa de tratamiento que se ha implementado previamente.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de dos técnicas cognitivo conductuales (Terapia Racional Emotiva y Entrenamiento en Respiración diafragmática), sobre la modificación de los siguientes aspectos:

1. Intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología vértiginosa y en especial de los episodios de vértigo.
2. Incapacidad o limitaciones en las esferas social, laboral y familiar, que se presentan como consecuencia del vértigo.
3. Niveles de ansiedad y depresión asociados al vértigo, obtenidos por medio del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

Con base en la experiencia del estudio exploratorio realizado por Morales, Medina y Jurado (aceptado para publicación), en el cuál se encontró que las técnicas cognitivo-conductuales (Respiración Diafragmática, Entrenamiento en Relajación, Terapia Racional Emotiva, y Entrenamiento en Solución de Problemas), tienen un efecto sobre la

disminución de la intensidad y la frecuencia de los episodios vertiginosos, se planteó la siguiente pregunta general:

¿Alguna de dichas técnicas resulta ser más eficaz que otra, en el tratamiento de los aspectos antes mencionados?

La Investigación, que en ésta ocasión nos ocupa, se enfocó a evaluar los efectos aislados de dos de dichas técnicas, dejando abierta la posibilidad de que en estudios posteriores sean evaluadas las técnicas restantes. De ésta forma, las preguntas específicas que guiaron el estudio, son las siguientes:

¿La Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Respiración Diafragmática, aplicados en forma aislada, resultan ser de utilidad para disminuir la intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología vertiginosa, la incapacidad que conlleva ésta y los niveles de ansiedad y depresión asociados al padecimiento?

¿Existe alguna diferencia, en cuánto a la eficacia de ambas técnicas para la disminución de los aspectos mencionados?

HIPOTESIS

H1. La Terapia Racional Emotiva disminuye la Intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología vertiginosa, la Incapacidad que conlleva y los niveles de ansiedad y depresión asociados.

H2. La Técnica de Entrenamiento en Respiración Diafragmática disminuye la Intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología vertiginosa, la Incapacidad que conlleva y los niveles de ansiedad y depresión asociados.

H3. Existe diferencia entre ambas técnicas, en cuánto a su efecto para la disminución de los aspectos antes mencionados.

VARIABLES

Definición Conceptual:

Variables Dependientes.

V.D 1.- Vértigo.- Término médico que se refiere a la desorientación perceptual causada por una disfunción en alguna parte del sistema del equilibrio, y que los pacientes frecuentemente describen como "mareo". Los síntomas pueden variar, desde una vaga sensación de Inestabilidad, hasta ataques severos caracterizados por una sensación Incontrolable

de dar vueltas, seguida por náusea y vómito, visión borrosa, sudoración y fatiga (Yardley, Masson, et.al., 1992).

V. D 2.- Incapacidad por vértigo.- Se refiere a una serie de restricciones, limitaciones y reglas autogeneradas que el sujeto se impone a raíz de que inicia con el padecimiento. Estas restricciones se presentan diversas áreas de la actividad del individuo (familiar, social, laboral , etc), (Yardley, Masson, et.al., 1992).

V.D 3.- Ansiedad.- Es un estado emocional caracterizado por sentimientos conscientemente percibidos de tensión, aprensión, preocupación y alta actividad del sistema nervioso autónomo, cuya duración está en función de la persistencia del individuo en percibir una situación como amenazante (Kolb, 1971).

V.D 4.- Depresión.- Tono afectivo de tristeza que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo. Se asocia con sentimientos de infelicidad, pesimismo, insuficiencia, falta de ánimo y de motivación para cualquier actividad, desesperanza, incapacidad para tomar desiciones y dificultad para concentrarse (Kolb, 1971).

Variables Independientes.

V. I 1.- Terapia Racional Emotiva.- Es una técnica que consiste principalmente en la evaluación de las ideas o creencias absurdas e irracionales y la sustitución de éstas por afirmaciones más realistas y adaptativas para el sujeto (Ellis, A. y Harper, R., 1961).

V. I 2.- Entrenamiento en Respiración Diafragmática.- Técnica conformada por una serie de ejercicios, cuyo objetivo es enseñar al paciente a respirar en una forma profunda y completa, a través de lo cual la sangre recibe la cantidad suficiente de oxígeno. Lo anterior contribuye a controlar los estados de depresión, ansiedad y fatiga así como a mejorar la salud física y mental (Mc. Kay, Davis, Fanning, 1981).

Definición Operacional.

Variables Dependientes.

V. D1.- Vértigo.- La sintomatología vertiginosa, fué evaluada a través de los siguientes instrumentos:

- a) Escala Sintomática de Vértigo (E.S.V).- puntuación total en la escala.
- b) Autoregistros de la intensidad, frecuencia y duración de los episodios vertiginosos.- Los reportes subjetivos proporcionados por los sujetos semanalmente en los formatos de autoregistro de episodios vertiginosos.

V. D 2.- Incapacidad por vértigo.- Evaluada a través de la puntuación total obtenida por los sujetos en el Cuestionario de Incapacidad por Vértigo (C.I.V.).

V. D 3.- Ansiedad.- El puntaje obtenido de acuerdo a las respuestas de los sujetos en el Inventario de Ansiedad de Beck.

V. D 4.- Depresión.- El puntaje obtenido de acuerdo a las respuestas en el Inventario de Depresión de Beck.

Variables Independientes.

V. I 1.- Terapia Racional Emotiva.- Fué presentado el siguiente material: Principios de la teoría A B C , ejemplos sobre su aplicación al problema específico del vértigo así como a otros problemas de la vida cotidiana. La importancia del lenguaje interno y los pensamientos irracionales sobre la percepción y afrontamiento de los problemas. Tipos de charla interior irracional (frases que "absolutizan" y "horrorizan"), la forma en que éstas frases influyen en las emociones negativas, las 10 ideas irracionales básicas derivadas de dichos tipos de diálogo interior y por último las seis reglas para ir desarrollando un pensamiento racional.

V. I 2.- Entrenamiento en Respiración Diafragmática.- Durante la aplicación de ésta técnica, fué presentado el siguiente material: Explicación sobre la repercusión de los hábitos correctos e incorrectos

de respiración en la salud, esquematización y descripción del proceso respiratorio, problemas médicos y psicológicos para cuyo tratamiento la técnica ha resultado ser útil, ejercicio práctico para identificar el tipo de respiración (torácica/diafragmática) predominante en cada paciente y la descripción de la forma adecuada de respiración. Explicación esquematizada de la respiración natural completa, ejercicio práctico para identificar la frecuencia de ciclos respiratorios por minuto y por último, ejercicios de respiración diafragmática (audio-grabados), con una duración de siete minutos.

M E T O D O

SUJETOS

Participaron un total de 21 pacientes (2 hombres y 19 mujeres) que acudieron a consulta al Instituto Nacional de la Comunicación Humana (I.N.C.H), específicamente al Servicio de Otoneurología por presentar sintomatología vertiginosa.

Criterios de Inclusión.

Ser mayor de 18 años.

Presentar sintomatología vertiginosa por lo menos con un mes de evolución.

Haber sido diagnosticados por el médico especialista con un trastorno de tipo vertiginoso.

Obtener una puntuación de mínima a extrema en el C.I.V y en la E.S.V.

Criterios de Exclusión.

Ser menor de 18 años.

No contar con un diagnóstico médico formal o definitivo.

Cursar con algún trastorno de tipo psiquiátrico incapacitante.

Padecer de hipoacusia medía o profunda.

Se llevó al cabo un muestreo no probabilístico, por cuotas. La asignación de los sujetos a los grupos se realizó por medio del método de

emparejamiento, tomando como variable el diagnóstico médico de los sujetos, para lograr grupos equivalentes.

ESCENARIO

Se utilizó uno de los cubículos de terapia del área de voluntariado del I.N.C.H, cuyas dimensiones fueron adecuadas para el manejo grupal de los pacientes ya que se contó con óptima iluminación y sillas para los participantes.

APARATOS E INSTRUMENTOS

Fueron utilizados los siguientes instrumentos, adaptados y estandarizados para población mexicana:

Inventario de Ansiedad de Beck. Se conforma de una lista de 16 reactivos, cada uno de los cuáles representa un síntoma común de la ansiedad. El examinado debe responder la intensidad con la que ha percibido esos síntomas en la semana anterior a la aplicación del instrumento, eligiendo una de las cuatro opciones de respuesta que se presentan: poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente. Al calificar el instrumento se obtiene un puntaje natural, que posteriormente es clasificado de acuerdo con las normas. El

Instrumento fué debidamente estandarizado y validado por Varela y Villegas (1996).

Inventario de Depresión de Beck. Se conforma de 21 reactivos. Cada reactivo tiene 4 oraciones, que describen algunos síntomas de la depresión. Cada oración tiene un valor de acuerdo a su severidad (0-3). El examinado debe elegir la oración de cada reactivo, que mejor describa la manera en que se han sentido en la última semana (a partir del día de la aplicación). Posteriormente se realiza el conteo de las oraciones elegidas y se obtiene la puntuación natural. Este inventario fué debidamente adaptado y estandarizado por Méndez S. L. (1996).

*Escala Sintomática de Vértigo**. Se compone de un listado de 22 reactivos que se responden en forma de escala Lickert, de acuerdo a la frecuencia de presentación de los síntomas de vértigo en un lapso determinado de tiempo, en la que el 0 representa "nunca" y el 4 "muy frecuente". Ejemplos de los reactivos son:

1.- Sensación de que las cosas giran o se mueven a su alrededor.

4.- Inestabilidad tan severa que en verdad se cae.

15.- Incapacidad para pararse o caminar sin apoyo.

Mediante la sumatoria de cada elección se obtiene una puntuación total de sintomatología, que corresponde a un rango de severidad de la misma. La escala fué desarrollada por Yardley, Masson, et.al. (1992), el estudio de su confiabilidad ($\text{Alfa} = 0.90$), su validación y estandarización

para población mexicana fué realizado por Morales, Jurado y Medina (1996).

Cuestionario de Incapacidad por Vértigo . Consta de 25 afirmaciones que describen maneras en que el vértigo puede afectar la vida de las personas. Por ejemplo:

1.- El vértigo limita mi vida social.

9.- Aún soy capaz de viajar a pesar del vértigo.

15.- Me pone ansioso el llegar a tener un ataque de vértigo inesperado.

Se responde en forma de escala Lickert, donde el 0 corresponde a "nunca" y el 4 a "siempre", según la persona se sienta afectada por cada una de las situaciones enlistadas. La sumatoria de los reactivos proporciona un puntaje total de Incapacidad, que corresponde a un nivel de severidad de la misma. La escala fué desarrollada por Yardley y Putman (1992). El estudio de su confiabilidad (Alfa= 0.87), validez y estandarización para población mexicana fué realizado por Morales, Jurado y Medina (1996).

Por otra parte se emplearon medidas de autoreporte, obtenidas por medio de un Formato de Autoregistro de Episodios Vertiginosos (Ver Anexo 1).

También se utilizó un "Manual de Autoayuda para el Paciente Vertiginoso"*⁴, el cuál contiene información teórica y práctica, relacionada con la Terapia Racional Emotiva y la Respiración Diafragmática. El manual se les proporcionó a los pacientes de los grupos experimentales.

REQUISITOS ETICOS

En cumplimiento con lo señalado en el artículo 100 fracción cuatro de la Ley General de Salud, a todos los participantes les fué solicitado su consentimiento por escrito y se les informaron los objetivos del estudio.

Al finalizar la fase experimental, todos los pacientes recibieron el tratamiento completo con el paquete de técnicas que se había utilizado previamente con otros grupos.

DISEÑO

Se trata de un estudio de tipo exploratorio, para el cual se tomó como base el diseño pre-test post-test con grupo control. Se conformaron dos

* Los interesados en obtener más información sobre el Manual de Autoayuda, la Escala Sintomática de Vértigo y el Cuestionario de Incapacidad por Vértigo, deberán dirigirse a la Lic. Ma. del Pilar Morales Tlapanco. Departamento de Psicología. Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Fco. P. Miranda No. 177, Col. Lomas de Plateros. C.P. 01480, México D.F.

grupos experimentales y dos grupos control independientes. Cada uno de los grupos experimentales recibió distinto tratamiento (una de las técnicas cognitivo-conductuales). Los grupos control no recibieron ningún tipo de tratamiento. El diseño se muestra en el Cuadro 1.

Cabe resaltar que, como se muestra en este cuadro, tres de los pacientes del Grupo Control 1 participaron también en el grupo Experimental 2, por lo que los datos de estos tres sujetos en lo referente a la edad, el sexo, las mediciones pre-test y post-test, aparecerán repetidos en los resultados. Es decir, se mostrarán los datos de un total de 24 sujetos, cuando en realidad participaron 21.

CUADRO 1. DISEÑO EXPERIMENTAL.

ETAPA 1	
Grupo Experimental 1 (6 pacientes)	3 sesiones (2 horas c/u): Terapia Racional Emotiva
Grupo Control 1 (6 pacientes)	3 sesiones (2 horas c/u): Ningún tratamiento experimental
ETAPA 2	
Grupo Experimental 2 (3 pacientes del grupo control 1 y 3 pacientes nuevos)	3 sesiones (1 hora c/u): Entrenamiento en Respiración Diafragmática
Grupo Control 2 (6 pacientes)	3 sesiones (1 hora c/u): Ningún tratamiento experimental

PROCEDIMIENTO

El estudio se dividió en dos fases, la primera de valoración, diagnóstico y selección de los sujetos que conformaron la muestra y la segunda en donde se aplicó el tratamiento experimental a los grupos.

Fase I

Los participantes fueron evaluados por los médicos especialistas en el Servicio de Otoneurología del I.N.C.H. Realizaron la siguiente valoración: Historia Clínica, Exploración Física, Audiometría, Electronistagmografía, Pruebas Rotatorias, Lentes de Frenzel y en algunos casos Exámenes de Laboratorio.

Una vez que cumplieron con el requisito de la valoración y diagnóstico médico, los sujetos fueron canalizados al Servicio de Psicología del Instituto, en donde fueron entrevistados por psicólogos, con el propósito de recabar información en relación a la sintomatología y tratamiento médico que estaban recibiendo. Además se les aplicaron los instrumentos (Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, E.S.V y C.I.V), con la finalidad de evaluar si cumplían o no con los criterios de inclusión y obtener las medidas pre-test.

Fase II

En ésta fase los sujetos fueron asignados a los grupos y se implementaron las técnicas cognitivo-conductuales. Esta fase a su vez se subdividió en dos etapas experimentales, cada una con un grupo control y un grupo experimental, llevados de manera simultánea. Cada etapa tuvo una duración de cuatro semanas (una sesión semanal).

El procedimiento de inicio y finalización de las sesiones, fué el mismo en todos los grupos. Al llegar, los experimentadores recolectaron las hojas de autoregistro correspondientes a la semana anterior a esa sesión, revisando cada una, para asegurar un llenado correcto. Igualmente, al finalizar cada sesión, entregaron a cada paciente las hojas correspondientes a la semana, siguiente e indicaron que éstas debían ser entregadas la próxima sesión.

Cabe señalar que los formatos de autoregistro fueron diseñados de forma tal, que permitieran a los pacientes reportar todos los episodios de vértigo que presentaran a lo largo del día, la duración e intensidad de cada uno de éstos (Ver Anexo 1).

Etapa 1

Grupo Experimental 1

Primera sesión .- Se inició con una plática en la que los experimentadores explicaron a los pacientes los objetivos del estudio y pidieron su consentimiento por escrito para participar en éste. Una vez hecho lo anterior, cada uno de los pacientes y experimentadores se presentaron al resto del grupo. A continuación se les proporcionó el Manual de Autoayuda, con información básica y ejercicios sobre la Terapia Racional Emotiva. Enseguida se les indicó el material del manual que debían revisar para la siguiente sesión.

Segunda sesión.- Fué presentado el siguiente material: Principios de la teoría A B C , ejemplos sobre su aplicación al problema específico del vértigo así como a otros problemas de la vida cotidiana y la importancia del lenguaje interno y los pensamientos irracionales sobre la percepción y afrontamiento de los problemas. Como tarea para casa, se les pidió que realizaran en forma escrita, un ejercicio en el cual aplicarían los conocimientos adquiridos en la sesión a una situación que en el momento consideraran problemática.

Tercera Sesión.- Cada paciente expuso al resto del grupo el ejercicio realizado como tarea, acerca de la aplicación de la teoría ABC a un problema personal. Tanto los experimentadores como el resto de los

participantes intervinieron para aclarar dudas y hacer comentarios sobre los ejemplos. A continuación fué presentado el siguiente material: Tipos de charla interior irracional (frases que "absolutizan" y "horrorizan", la forma en que éstas frases influyen en las emociones negativas, las 10 ideas irracionales básicas derivadas de dichos tipos de diálogo interior y por último las seis reglas para ir desarrollando un pensamiento racional. Como tarea se les pidió que trataran de identificar en ellos el tipo de charla interior predominante y las ideas irracionales con las que se identificarán.

Cuarta sesión.- Se trabajó con un repaso del material revisado hasta entonces y se les invitó a que expresaran sus dudas, ejemplos y comentarios en relación a éste. Una vez hecho lo anterior, se procedió a la aplicación de los instrumentos (Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, C.I.V y E.S.V), con el objeto de obtener las mediciones post-test. La sesión se cerró con los comentarios de los pacientes acerca de los beneficios obtenidos con la técnica. Una vez terminado el tratamiento experimental los pacientes recibieron el resto de las técnicas cognitivo-conductuales (Entrenamiento en Relajación Autógena, Solución de Problemas y Entrenamiento en Respiración Diafragmática).

Grupo Control 1

Primera Sesión.- Se siguió un procedimiento de introducción idéntico al descrito previamente para el grupo experimental, sólo que en éste caso

se les proporcionaron las hojas de autoregistro y como tarea unicamente se les pidió que realizaran los autoregistros de episodios vertiginosos diariamente, para entregarlos al inicio de cada sesión.

Segunda Sesión.- Inició con la recolección y revisión de los autoregistros, lo cuál fué repetido al principio de todas las sesiones restantes. A continuación, los experimentadores invitaron a los participantes a comentar abiertamente sobre su padecimiento, incluyendo aspectos como: ¿cuándo inició, qué tratamientos han recibido y cómo ha repercutido el vértigo en su vida?.

Tercera y Cuarta Sesiones.- Durante éstas, uno de los médicos especialistas responsables, del Servicio de Otoneurología, realizó una plática en la cual les explicó a los pacientes algunos aspectos médicos del vértigo. Así mismo, aclaró a cada uno de ellos dudas en relación al diagnóstico, tratamiento, pronóstico y etiología de su padecimiento. En la cuarta sesión se aplicaron los instrumentos antes mencionados, para obtener las mediciones post-test de éste grupo. A continuación, todos los pacientes de éste grupo fueron invitados a participar en la siguiente etapa, en donde recibirían el tratamiento iniciando con la técnica de Entrenamiento en Respiración Diafragmática.

Etapas 2

Grupo experimental 2

Tres de los sujetos del grupo control 1 y tres pacientes nuevos recibieron el tratamiento experimental con la Técnica de Entrenamiento en Respiración Diafragmática.

Primera Sesión.- Durante ésta, los experimentadores presentaron el siguiente material: Explicación sobre la repercusión de los hábitos correctos e incorrectos de respiración en la salud, esquematización y descripción del proceso respiratorio, problemas médicos y psicológicos para cuyo tratamiento la técnica ha resultado ser útil, ejercicio práctico para identificar el tipo de respiración (torácica/diafragmática) predominante en cada uno y la descripción de la forma adecuada de respiración. Explicación esquematizada de la respiración natural completa y por último, un ejercicio práctico para identificar la frecuencia de ciclos respiratorios por minuto. Una vez presentado el material, se les indicó una serie de ejercicios prácticos, para realizar en casa y se entregó el Manual de Autoayuda con información teórica y práctica de la técnica de Entrenamiento en Respiración Diafragmática. Así mismo se les recomendó que la próxima sesión llevaran ropa cómoda, para realizar un ejercicio de respiración.

Segunda Sesión.- Se inició con un espacio para aclarar dudas sobre el material revisado antes y los ejercicios realizados en casa. Posteriormente se llevó al cabo un Ejercicio de Respiración Diafragmática (audio-grabado), con una duración de 7 minutos. Al finalizar éste, se pidió a cada paciente que comentara las sensaciones percibidas durante y después del ejercicio. Como tarea para casa, se pidió que practicaran los ejercicios.

Tercera y Cuarta Sesiones.- Se iniciaron con un espacio para que cada paciente comentara abiertamente cómo se sintió durante la semana anterior y presentara sus dudas respecto al material revisado. En ambas sesiones se realizaron ejercicios de respiración, dirigidos y supervisados por uno de los experimentadores, con una duración aproximada de 15 minutos. Se explicó a los pacientes la importancia de practicar diariamente los ejercicios de respiración, ya que los beneficios de la técnica dependen, en gran parte, de la práctica de la misma. En la cuarta sesión se aplicaron los instrumentos para obtener las mediciones post-test. El cierre del grupo se hizo de la misma manera que en el grupo experimental 1.

Grupo control 2

El procedimiento seguido con éste grupo, fué idéntico al descrito para el grupo control 1.

Una vez finalizada la Fase II, se procedió a la codificación de los datos de las hojas de autoregistro de episodios vertiginosos de cada paciente y la calificación de los instrumentos pre-test y post-test.

Posteriormente, los datos codificados fueron sometidos a análisis estadístico. El procedimiento seguido para este será descrito en la siguiente sección.

RESULTADOS

Características de la muestra.

Participaron en la investigación 21 pacientes del Instituto Nacional de la Comunicación Humana. La edad de los pacientes varió en un rango de 22 a 74 años, siendo el promedio 42.14 con una desviación estándar de 12.01. En cuanto al sexo, participaron en total 19 mujeres y 2 hombres. Los pacientes quedaron distribuidos de la siguiente manera: Grupo experimental 1; 6 mujeres, Grupo Control 1; 5 mujeres y 1 hombre, Grupo Experimental 2; 5 mujeres y 1 hombre, Grupo Control 2; 6 mujeres.

La distribución de los pacientes por diagnóstico médico se muestra en la Tabla 1. Como puede notarse, el diagnóstico médico más frecuente fue el de Sin Evidencia de Disfunción Vestibular Central ni Periférica (11 pacientes), seguido de el diagnóstico de Disfunción Vestibular (6 pacientes). Entre los menos frecuentes se encontró el Vértigo Postural Paroxístico Benigno (1 paciente) y el Síndrome Postural Post-traumático (1 paciente).

TABLA 1
DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS POR DIAGNOSTICO MEDICO

Diagnóstico	GRUPO			
	Experim. 1	Control 1	Experim. 2	Control 2
Sin evidencia de disfunción vestibular central ni periférica	3	3*	2	3
Disfunción vestibular	2	1	1	2
Laberintopatía	0	1*	1	1
Síndrome Postural Post-traumático	1	0	0	0
Vértigo Postural Paroxístico Benigno	0	0	1	0
Síndrome de Meniere	0	1*	1	0
Total	6	6	6	6

*NOTA: Es importante recordar que, tal como se señaló en la sección DISEÑO, el total de pacientes fué de 21, ya que tres de ellos participaron tanto en el Grupo Control 1 como en el Grupo Experimental 2. Los datos de estos sujetos se encuentran repetidos en la tabla, razón por la cual en ésta aparece un total de 24 sujetos.

Como se recordará, el objetivo del presente estudio fué evaluar la eficacia de dos técnicas cognitivo-conductuales sobre la modificación de diversos aspectos de la sintomatología vertiginosa, para lo anterior se utilizaron instrumentos de autoregistro e instrumentos estandarizados.

En función de éste objetivo, se consideró conveniente organizar la sección de resultados en la siguiente forma:

1) Comparación inter-grupos de los autoregistros de duración, frecuencia e intensidad de los episodios vertiginosos.

En este apartado se presentan los resultados de tres análisis:

a) Comparación de los rangos promedio de duración, frecuencia e intensidad entre los cuatro grupos.

b) Comparación por separado de los promedios semanales del Grupo Experimental 1 vs. Grupo Control 1 y del Grupo Experimental 2 vs. Grupo Control 2.

c) Comparación por separado de los promedios globales del Grupo Experimental 1 vs. Grupo Control 1 y del Grupo Experimental 2 vs. Grupo Control 2.

2) Comparación intra-grupos de los autoregistros de duración, frecuencia e intensidad de los episodios vertiginosos.

Se muestran los resultados al comparando los tres registros semanales de cada grupo para evaluar el efecto de la técnica implementada en cada caso durante la fase experimental.

3) Comparación de las medidas pre-test y post-test a los instrumentos de ansiedad, depresión, sintomatología e incapacidad.

Se presentan los resultados producidos al comparar las puntuaciones promedio en los cuestionarios, para evaluar el impacto cada una de las técnicas antes y después de la fase experimental.

1) COMPARACION INTER-GRUPOS DE LOS AUTOREGISTROS DE DURACION, FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS EPISODIOS VERTIGINOSOS

a) Con objeto de determinar si existían diferencias entre los rangos promedio para los registros de duración, frecuencia e intensidad de los episodios de vértigo, se utilizó la prueba estadística no paramétrica Kruskal Wallis, con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tal como se puede apreciar en la tabla, en el caso de la variable duración, no se obtuvieron diferencias significativas. En relación a la frecuencia de los síntomas, tampoco hubo diferencias significativas en los promedios. En tanto que para la variable intensidad se aprecia un valor significativo en la semana 2, lo cual no ocurre en las semanas 1 y 3.

b) Para determinar si existían o no diferencias entre los promedios semanales de cada uno de los registros (duración, frecuencia e intensidad) de cada grupo experimental vs. su grupo control, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Mann-Whitney con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados de dicho análisis se muestran en la Tabla 3 para el caso del Grupo Experimental 1 vs. el Grupo Control 1 y en la Tabla 4 para el Grupo Experimental 2 vs. el Grupo Control 2.

Como puede observarse en la Tabla 3, en el caso de la Terapia Racional Emotiva sólo se encontraron diferencias significativas en los registros de

intensidad de la semana 1 ($u= 3.0.$, $p< 0.0152$), semana 2 ($u= 3.5.$, $p< 0.0152$) y semana 3 ($u= 4.5.$, $p< 0.0260$). La duración y la frecuencia de la sintomatología, no se vieron afectadas por la técnica.

En la Tabla 4, que muestra los resultados para el grupo de Entrenamiento en Respiración Diafragmática, puede observarse que no existen diferencias significativas en los registros para ninguna de las variables.

TABLA 2
COMPARACION INTER-GRUPOS DE LOS PROMEDIOS SEMANALES DE DURACION
FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO

REGISTRO	SEMANA	VALOR KRUSKALL WALLIS	GL	SIGNIFICANCIA
Duración	1	4.4217	3	0.2194
Duración	2	3.1117	3	0.3747
Duración	3	4.0683	3	0.2542
Frecuencia	1	3.5050	3	0.3201
Frecuencia	2	4.9667	3	0.1743
Frecuencia	3	4.2183	3	0.2388
Intensidad	1	3.7817	3	0.2860
Intensidad	2	7.8917	3	0.0483
Intensidad	3	6.0817	3	0.1077

TABLA 3
COMPARACION DE LOS PROMEDIOS SEMANALES DE DURACION, FRECUENCIA E
INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO
GRUPO EXPERIMENTAL 1 VS. GRUPO CONTROL 1
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

REGISTRO	SEMANA	VALOR U	SIGNIFICANCIA
Duración	1	10.0	0.2403
Duración	2	9.0	0.1797
Duración	3	8.0	0.1320
Frecuencia	1	13.5	0.4848
Frecuencia	2	6.0	0.0649
Frecuencia	3	7.5	0.0931
Intensidad	1	3.0	0.0152
Intensidad	2	3.5	0.0152
Intensidad	3	4.5	0.0260

TABLA 4
COMPARACION DE LOS PROMEDIOS SEMANALES DE DURACION, FRECUENCIA E
INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO
GRUPO EXPERIMENTAL 2 VS. GRUPO CONTROL 2
ENTRENAMIENTO EN RESPIRACION DIAFRAGMATICA

REGISTRO	SEMANA	VALOR U	SIGNIFICANCIA
Duración	1	9.0	0.1797
Duración	2	11.0	0.3095
Duración	3	13.0	0.4848
Frecuencia	1	7.5	0.0931
Frecuencia	2	12.5	0.3939
Frecuencia	3	13.0	0.4848
Intensidad	1	18.0	1.0000
Intensidad	2	9.5	0.1797
Intensidad	3	12.5	0.3939

c) De la misma forma se realizó un análisis para determinar si existían o no diferencias entre los promedios globales de cada uno de los registros (duración, frecuencia e intensidad) de cada grupo experimental vs. su grupo control. Para lo anterior, se calculó el promedio global de los tres registros para cada una de las variables. Para calcular las diferencias entre ambos grupos, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Mann-Whitney con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 5 para el caso del Grupo Experimental 1 vs. el Grupo Control 1 y en la Tabla 6 para el Grupo Experimental 2 vs. el Grupo Control 2.

Como se observa en la Tabla 5, en el caso de la Terapia Racional Emotiva, sólo se encontraron diferencias significativas para el promedio global de los registros de intensidad de la sintomatología ($u = 4.0$, $p < 0.0260$).

Por otra parte, en el caso del Entrenamiento en Respiración Diafragmática (Tabla 6), no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los promedios globales.

TABLA 5
COMPARACION DE LOS PROMEDIOS GLOBALES DE DURACION, FRECUENCIA E
INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO
GRUPO EXPERIMENTAL 1 VS. GRUPO CONTROL 1
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

REGISTRO GLOBAL	VALOR U	SIGNIFICANCIA
Duración	8.0	0.1320
Frecuencia	8.5	0.1320
Intensidad	4.0	0.0260

TABLA 6
COMPARACION DE LOS PROMEDIOS GLOBALES DE DURACION, FRECUENCIA E
INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO
GRUPO EXPERIMENTAL 2 VS. GRUPO CONTROL 2
ENTRENAMIENTO EN RESPIRACION DIAFRAGMATICA

REGISTRO GLOBAL	VALOR U	SIGNIFICANCIA
Duración	12.0	0.3939
Frecuencia	9.0	0.1797
Intensidad	12.5	0.3929

2) COMPARACION INTRA-GRUPOS DE LOS AUTOREGISTROS DE DURACION, FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS EPISODIOS VERTIGINOSOS.

Se compararon los tres registros semanales de cada grupo, para evaluar el efecto de la técnica implementada durante la fase experimental en cada caso. Para lo anterior se utilizó la prueba de Friedman, con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados de dicho análisis se presentan en la Tabla 7.

Tal como se observa en la tabla, en ninguno de los casos, se encontraron diferencias significativas.

TABLA 7
COMPARACION INTRA-GRUPOS DE LOS PROMEDIOS SEMANALES DE DURACION, FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO

GRUPO	VARIABLE	VALOR FRIEDMAN	GL	SIGNIFICANCIA
Experimental 1	Duración	2.3333	2	0.3114
Experimental 1	Frecuencia	2.2500	2	0.2140
Experimental 1	Intensidad	3.0833	2	0.3247
Control 1	Duración	3.5833	2	0.1667
Control 1	Frecuencia	0.0833	2	0.9592
Control 1	Intensidad	1.0833	2	0.5818
Experimental 2	Duración	2.3333	2	0.3114
Experimental 2	Frecuencia	1.0000	2	0.6065
Experimental 2	Intensidad	2.2500	2	0.3247
Control 2	Duración	0.2500	2	0.8825
Control 2	Frecuencia	1.0833	2	0.5818
Control 2	Intensidad	3.5833	2	0.1667

3) COMPARACION DE LAS MEDIDAS PRE-TEST Y POST-TEST DE ANSIEDAD, DEPRESION, SINTOMATOLOGIA E INCAPACIDAD,

Para evaluar el impacto de la Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Respiración Diafragmática, antes y después de la fase experimental, se compararon las puntuaciones promedio de cada grupo a los siguientes cuestionarios:

- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala Sintomática de Vértigo.
- Cuestionario de Incapacidad por Vértigo.

Para realizar dicha comparación, se utilizó la prueba "t" de Student, debido a que las mediciones se obtuvieron con instrumentos validados y estandarizados. Los resultados se presentan en la Tabla 8 para el caso de la Terapia Racional Emotiva y en la Tabla 9 para el Entrenamiento en Respiración Diafragmática.

En la Tabla 8 se observa que en el caso de la ansiedad se obtuvo un valor $t = -2.38$, 10 gl., $p < 0.039$, lo cual implica que hay diferencias significativas entre las puntuaciones pre-test de ambos grupos. Al comparar las puntuaciones post-test también se observaron diferencias significativas ($t = -5.60$, 10 gl., $p < 0.00$).

En el caso de la depresión se encontró una diferencia significativa sólo para las puntuaciones pre-test ($t = -2.35$, 10 gl., $p < 0.041$).

En la Escala Sintomática de Vértigo no se encontraron diferencias significativas ni en el pre-test ni en el post-test.

En relación a la incapacidad por vértigo, el resultado mostró que la prueba "t" para el pre-test no fué significativa, en tanto que sí lo fué para las puntuaciones post-test ($t = -3.01$, 10 gl., $p < 0.013$).

En la Tabla 9 se muestran nuevamente los resultados de la comparación pre-test vs. post-test para cada uno de los instrumentos, pero esta vez teniendo como variable independiente la respiración diafragmática.

Tal como se aprecia en esta tabla, en ninguno de los contrastes se encontraron diferencias significativas.

TABLA 8
COMPARACION DE LAS MEDIDAS PRE-TEST Y POST-TEST
GRUPO EXPERIMENTAL 1 VS. GRUPO CONTROL 1
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

	"t" obt.	gl	Signif.
Inventario de Ansiedad de Beck			
Pre-test vs. pre-test	-2.38	10	.039
Post-test vs. post-test	-5.60	10	.000
Inventario de Depresión de Beck			
Pre-test vs. pre-test	-2.35	10	.041
Post-test vs. post-test	-1.89	10	.088
Escala Sintomática de Vértigo			
Pre-test vs. pre-test	-0.42	10	.680
Post-test vs. post-test	-1.08	10	.305
Cuestionario de Incapacidad por Vértigo			
Pre-test vs. pre-test	-1.44	10	.182
Post-test vs. post-test	-3.01	10	.013

TABLA 9
GRUPO EXPERIMENTAL 2 VS. GRUPO CONTROL 2
COMPARACION DE LAS MEDIDAS PRE-TEST Y POST-TEST
ENTRENAMIENTO EN RESPIRACION DIAFRAGMATICA

	"t" obt.	gl	Signif.
Inventario de Ansiedad de Beck			
Pre-test vs. pre-test	2.14	10	.058
Post-test vs. post-test	0.65	10	.530
Inventario de Depresión de Beck			
Pre-test vs. pre-test	1.59	10	.143
Post-test vs. post-test	0.57	10	.579
Escala Sintomática de Vértigo			
Pre-test vs. pre-test	-0.93	10	.376
Post-test vs. post-test	1.00	10	.341
Cuestionario de Incapacidad por Vértigo			
Pre-test vs. pre-test	0.62	10	.547
Post-test vs. post-test	-0.05	10	.960

DISCUSION

Los resultados del presente estudio, permiten dar respuesta a las preguntas de investigación en las cuales, como se recordará, se planteaba lo siguiente: ¿La Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Respiración Diafragmática, aplicados en forma aislada, resultan ser de utilidad para disminuir la intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología vertiginosa, la incapacidad que conlleva ésta y los niveles de ansiedad y depresión asociados al padecimiento? y ¿existe alguna diferencia, en cuanto a la eficacia de ambas técnicas para la disminución de dichos aspectos?.

En primer término, el contraste realizado parece indicar que ambas técnicas aplicadas en forma aislada tienen un efecto distinto al que se produce cuando se aplican junto con otras técnicas cognitivo-conductuales conformando un paquete de tratamiento, como lo estudiaron previamente Morales, Medina y Jurado (aceptado para publicación).

Por otra parte, en relación a la eficacia de ambas técnicas, se encontró que el Entrenamiento en Respiración Diafragmática no tuvo un efecto significativo como técnica independiente, sobre ninguna de las variables, mientras que la Terapia Racional Emotiva tuvo un efecto sobre la intensidad de los episodios vertiginosos, la ansiedad y la incapacidad provocada por el vértigo. Llama la atención que esta técnica no haya

tenido efecto sobre las demás variables y una posible explicación es que aunque se ha comprobado que si tiene un efecto directo sobre la sintomatología, es más eficaz cuando se aplica en conjunto con otras técnicas cognitivo-conductuales (Entrenamiento en Relajación, Solución de Problemas y Entrenamiento en Respiración Diafragmática).

En cuanto a la Respiración Diafragmática, una posible respuesta al hecho de que no produjera cambios significativos en los aspectos del vértigo que se estudiaron, podría ser el que los efectos de esta técnica se observen a largo plazo y que los pacientes requieran de más práctica para que funcione debidamente. Para averiguar si esto es así o en realidad la técnica no les es útil a éste tipo de pacientes, habría que realizar un estudio en el que se aplicaran todas las técnicas, excepto la respiración y observar si el efecto sobre las variables es diferente.

Resulta muy significativo el hecho de que los aspectos del vértigo que se vieron modificados con la Terapia Racional Emotiva (ansiedad, incapacidad e intensidad), son los que pueden considerarse como más subjetivos. Lo anterior nos hace pensar que lo que permite la técnica es enseñarles a los pacientes vertiginosos a descatastrofizar las ideas que surgen a raíz de que iniciaron con el padecimiento y de manera más general, a convivir con este problema mejorando su calidad de vida. Este aspecto es muy importante, porque en ningún momento del estudio se les planteó a los pacientes que al terminar el tratamiento, el vértigo desaparecería, sino que aprenderían a tener un mayor control sobre los

síntomas de la enfermedad, lo cual, al menos con la Terapia Racional Emotiva y el paquete de técnicas, parece cumplirse.

Es importante recordar que, tal como se señaló en el apartado de requisitos éticos, los pacientes que participaron en éste estudio recibieron las otras dos técnicas (Relajación y Solución de Problemas) una vez finalizada la fase experimental, es decir, recibieron el paquete completo de tratamiento que se había estudiado con anterioridad en otros grupos. Esta fase, aunque no formó parte de procedimiento experimental fué muy importante, porque lo que se observó de manera cualitativa es que los pacientes explícitamente señalan sentirse mejor, durante y al finalizar el tratamiento lo cual se confirma no sólo con el reporte sino con cambios conductuales importantes. Entre estos cambios uno de los más significativos fué la independencia de los pacientes para realizar las actividades cotidianas, incluyendo el asistir a las sesiones sin necesidad de ser acompañados, lo cual no sucedía al principio.

Como podrá recordarse, uno de los objetivos que justifican esta investigación fué el evaluar cada una de las técnicas cognitivo-conductuales que se habían aplicado en estudios previos, para conformar un paquete de tratamiento con las técnicas que resultaran ser más efectivas para el tratamiento de los pacientes con vértigo. En relación a esto, considero valiosos los resultados ya que permitieron confirmar que al menos la Terapia Racional Emotiva, ya sea en forma aislada o en paquete, tiene efectos positivos sobre algunos aspectos de

la sintomatología de dichos pacientes. En el caso de la Respiración Diafragmática, aunque no se encontró que tuviera un efecto estadísticamente significativo, no queda descartada la posibilidad de que ésto pueda deberse a otras variables que no fueron controladas, por lo que la técnica debería ser estudiada con mayor control, para determinar si es o no efectiva.

Entre las limitaciones de la investigación se encuentra el número reducido de sujetos que se empleó para evaluar cada una de las técnicas. La razón por la que esto sucedió es que el proceso de evaluación y diagnóstico médico es complicado y en ocasiones toma bastante tiempo, por lo que resultó difícil reunir un número mayor de pacientes. Por otra parte deben considerarse las razones metodológicas por las cuales, los 21 pacientes que se reunieron en un lapso de dos meses tuvieron que ser divididos en cuatro grupos. De cualquier forma resultaría interesante evaluar los efectos de las técnicas con un número mayor de pacientes.

Otra de las limitaciones que debe ser considerada, es el hecho de que no contamos con instrumentos que nos permitan evaluar objetivamente qué tanto los sujetos asimilan el material que se les proporciona durante el tratamiento, así como la frecuencia con que aplican esos conocimientos tanto al problema específico del vértigo como a otras situaciones de la vida cotidiana. Sería muy valioso el enfocarse entre otros aspectos, al desarrollo de dichos instrumentos.

Otro de los factores que podría llevarnos a un nivel superior de análisis es el de los diagnósticos médicos. Resultaría interesante tener muestras representativas de pacientes por cada diagnóstico médico y evaluar si las técnicas tienen efectos diferentes en cada uno. Sin embargo debe considerarse lo anterior como un estudio a largo plazo, debido a las complicaciones que se presentan para reunir a los pacientes.

En conclusión, la evaluación de éstas dos técnicas señaló que la Terapia Racional Emotiva es efectiva en el caso de la disminución de la intensidad de los episodios vertiginosos, la incapacidad que conlleva el padecimiento del vértigo y los niveles de ansiedad reportados por los pacientes vertiginosos, mientras que el Entrenamiento en Respiración Diafragmática, al parecer no afecta directamente ninguna de éstas variables.

REFERENCIAS DOCUMENTALES.

Baccari Kuhn, A. (1994) Manejo farmacológico del paciente con vértigo. Anales de Otorrinolaringología. Mexicana. Vol XXXIX, No. 39, Suplemento 6.

Ballantyne, J. y Groves, J. (1982) Manual de Otorrinolaringología. Editorial Salvat., Barcelona España.

Beyts, P. (1987) Vestibular rehabilitation. In S.D.G. Stephens (Ed.), Adult Audiology, Scott-Brown's Otolaryngology, 5th ed., vol. 2. London; Butterworth.

Blanchard, B.E. (1982) Behavioral Medicine: Past, Present and Future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50, Num. 6, pags. 795-796.

Bowen, J.D. y Larson, E.B. (1989) Understanding the dizzy patient: A challenge to primary care physicians. J Fam Pract, Vol. 29, 30-32.

Brandt, T. (1991) Vertigo: It's Multisensory Syndromes. Edif. Springer-Verlag, Londres, Inglaterra.

Brandt, T. y Daroff, R. B. (1980) The multisensory physiological and pathological vertigo syndromes. Annual Neurology, 7: 195, págs. 26-32.

Brown, J.J. (1990) A systematic approach to the dizzy patient. Neurologic Clinics, Vol. 8, No. 2, 209-222.

Clark, D. M. (1986) A cognitive approach to panic. Behavior. Research and Therapy, 24, 461-470.

Clark, M., Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Fischl, M., Dobie, R., y Voorhess, R. (1993) Psychiatric and Medical factors associated with disability in patients with dizziness. Psychosomatics, Vol 34, Num. 5, 409-415.

Cohen, N.L. (1991) The dizzy patient: update on vestibular disorders. Med Clin North Am, Vol. 75, 1251-1260.

Corvera, B. (1978) Neurología Clínica. Editorial Salvat Mexicana, México, D.F.

Crary, W.G. y Wexler, M. (1977) Meniere's Disease: A Psychosomatic disorder? Psychological Reports, 41, 603-645.

Davis, M., Mc.Kay, E. (1988) Técnicas de Autocontrol Emocional. Ed. Martínez Roca. México; pp. 103-124.

De Voge, C. (1977) A Behavioral Approach to RET with Children. Citado en Ellis y Grieger (1977).

De Wesse, D. y Saunders, W. (1974) Tratado de Otorrinolaringología Editorial Interamericana. México.

Di Giuseppe, R. (1977) The use of behavior modification to establish rational self-statements in children. Citado en Ellis y Grieger (1977).

Drachman, D.A. y Hart, C.W. (1982) An open approach to the dizzy patient. Neurology, Vol. 23, 323-330.

Drossman, D. A., Sandler, R.S., Mc.Kee, D.C. (1982) Bowel patterns among subjects not seeking health care. Gastroenterology, Vol. 83, 529-534.

Egger, S., Luxon, L.M., Davis, R. A., Coelho, A. y Ron, M.A. (1992) Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: A clinical and neuro-otological study. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 55, 383-387.

Ellis, A. (1957) How to live with a neurotic. Ed. Crown. U.S.A.

Ellis, A., Harper, R.A. (1961) A Guide to rational living. North Hollywood, California ; Wilshire Books.

Ellis, A. (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. Ed. Lyle Stuart. U.S.A.

Ellis, A. (1965) The Intelligent Woman's Guide to Manhunting. Ed. Lyle Stuart. U.S.A.

Ellis, A. (1973) Humanistic Psychotherapy. Ed. Mc. Graw Hill.

Ellis, A., Harper, R.A. (1975) A New Guide to rational living. Ed. Prentice Hall. USA.

Ellis, A., y Grieger, R. (1977) Handbook of Rational Emotive Therapy. Springer Publishing Company. USA.

Farb, S. (1983) Otorrinolaringología. Editorial Manual Moderno. México D.F.

Fewtrell, D.W y O'Connor, K. P. (1988) Dizziness and Depersonalization. Advances in Behavior research and Therapy, Vol 10, pp. 201-218.

Grigsby, P.J., y Lee, J.C. (1989) Depersonalization, Vertigo and Meniere Disease. Psychological Reports, 64, 527-534.

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

Hauck, P.A. (1977) Irrational Parenting Styles. Citado en Ellis y Grieger (1977).

Haye, R. y Quist-Hanssen, Sv. (1976) The natural course of Meniere's disease. Acta Otolaryngologica (Stockh), 82, 289-293.

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

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

Jakes, S. (1988) Otological Symptoms and Emotion. A review of the literature. Advances in Behavior Research and Therapy and International Review Journal, Vol. 10. Pags 59-103.

Jurado, C.S., Morales, T.P. y Medina, S.M. (1996) Manejo Cognitivo Conductual del paciente vertiginoso. 1er Foro de Investigación en Psicología de la Salud "Dra. Gladis L. de la Fontoura". Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza. Del 6 al 7 de junio de 1996.

Kaptein, F. (1990). Behavioral Medicine: Psychological Treatment of Somatic Disorders. Wiley and Sons, Inc., U.S.A.

Katon, W., Kleinman, A., y Rosen, G. (1982) Depression and somatization: a review. Am J Med, Vol. 72, 127-135 y 241-247.

Knauss, W. J. (1977) Rational Emotive Education. Citado en Ellis y Grieger, (1977)

Kolb, H., y Noyes, A. (1976) Psiquiatría Clínica Moderna. México, Edit. La Prensa Mexicana. 5ta. Edición en español.

Kroenke, K. Arrington, M.E. y Mangelsdorff, A.D. (1990) The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. Arch Intern Med, Vol. 150, 1685-1689.

Lange, A., Jakubowsky, P. (1976) Responsible Assertive Behavior. Ed. Research Press.

Latorre, P.J., y Benelt, M.P. (1981) Psicología de la Salud. Edlt. Lumen. Buenos Alres, Argentina.

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

Ley, R. (1992) The many faces of panic: Physiological and Psychological differences among three types of panic attacks. Behavior Research and Therapy, 30, 347-357.

Linzer, M., Pontinen, M. y Gold, D.T. (1991) Impairment of physical and psychosocial function in recurrent syncope. Journal of Clinic Epidemiology, Vol. 44, 1037-1043.

Mc.Gee, S. R. (1995) Dizzy Patients: Diagnosis and Treatment. West J Med. 1995; 162: 37-42.

Mc.Kay, M., Davis, M., Fanning, P. (1981). Técnicas Cognitivas Para el Tratamiento del Estrés ; Biblioteca de Psicología Psiquiatría y Salud ; De. Martínez Roca ; México.

Mc.Kenna, L., Hallam, R.S. y Hinchliffe, R. (1991) The prevalence of psychological disturbance in neuro-otology outpatients. Clinical Otoneurology, 16, 452-456.

Méndez, S.L. (1996) Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana. Universidad Nacional Autónoma de Mexico. Tesis Licenciatura.

Morales, T. P., Medina, S. M., y Jurado, C.S. (aceptado para publicación) Efecto del tratamiento cognitivo conductual en los síntomas y bienestar subjetivo de pacientes con problema de vértigo. Revista Mexicana de Psicología.

Morales, T.P., Jurado, C.S., y Medina, S.M. (1996),. Sintomatología e Incapacidad relacionadas con el Vértigo : Adaptación de dos escalas de Medición. XXIII Reunión Anual de Investigación sobre Comunicación Humana. Del 2 al 6 de diciembre de 1996.

Nobbs, M. B. (1988) Adjustment in Meniere's disease. In J. G. Kyle (Ed.), Adjustment to Acquired Hearing Loss: Analysis, Change and Learning. Bristol: Centre for Deaf Studies.

O'Connor, K.P., Hallam, R., Beyts J. y Hinchliffe R. (1988) Dizzines: Behavioral subjective and organic aspects. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 32, No. 3, 291-302.

Paparella, M. (1988) Otorrinolaringología. Ed. médica Panamericana., Tomo 2., Buenos Aires.

Paull, P., et al. (1991) Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: A field study. Behavior Research and Therapy, 29, 137-145.

Pennebaker, J. (1982) The Psychology of Physical Symptoms. New York, Springer-Verlag (Ed.).

Pomerleau, F. O. (1979) Behavioral medicine. The contribution of the Experimental Analysis of Behavior to Medical care. American Psychologist, Vol 34, No. 8, 654-663.

Pratt, R. T. y Mc.Kenzie, W. (1958) Anxiety states following vestibular disorders. Lancet, 2, 347-349.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M. y Hackmann, A. (1991) Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure of breath retraining. Behavior Research and Therapy, 26, 161-166.

Shapiro, D., Stoyva, J., Kamiya, J., Barber, X.T., Miller, E.N., y Schwartz, E.G. (1979) Biofeedback and Behavioral Medicine. An Aldine Annual.

Schwartz, G.E. (1982) Testing the biopsychosocial model: The major challenge facing behavioral medicine? Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50, 1039-1053.

Schwartz, G.E. y Weiss, S.M (1977) Proceedings of the Yale conference on behavioral medicine. (U.S. Department of Health Education and Welfare Publication No. (NIH) 78-1424). Washington, D.C.: U.S. Government, Printing Office.

Schwartz, G.E. y Weiss, S.M (1978) Behavioral Medicine Revisited: An amended Definition. Journal of Behavioral Medicine, Vol 1, No 3, pags. 249-251.

Smith, D. B. (1990) Dizziness: A Clinical Perspective. Neurologic Clinics, Vol. 8, No. 2, 199-207.

Stephens, S.D.G., Hogan, S., y Meredith, R. (1991) The desynchrony between complaints and signs of vestibular disorders. Acta Otolaryngologica. 111 (Suppl. 476), 77-85.

Stewart, A.W. (1982) Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom Connections. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50, No. 6, 797-803.

Stoeckle, J. D., Zola, I. K., Davidson, G. E. (1964) the quality and significance of psychological distress in medical patients. Journal of Chronic Disease, Vol. 17, 959-970.

Sullivan, M., Clark, M., Katon, W., Fischl, M., Russo, J., Dobie, R. y Voorhees R. (1993) Psychiatric and Otolgic Diagnoses in Patients Complaining of Dizziness. Archives of International Medicine, Vol. 153, pags. 1479-1484.

Swinson, R., Cox, B., Rutka, J., Mai, M., Kerr, S., y Kuch, K. (1993) Otoneurological Functioning in panic disorder patients with prominent dizziness. Comprehensive Psychiatry, Vol. 34, No. 2, 127-129.

Theunissen, E. J., Huygen, P. L. y Folgering, H.T. (1986) Vestibular hiperreactivity and hiperventilation. Clinical Otoneurology, 11, 161-169.

Varela, D.R. y Villegas, H.E. (1996) Mexican Version of Beck Anxiety Inventory (BAI) : Reliability and Validity. Presentado en el XXVI Congreso Internacional de Psicología, celebrado en Montreal, Canadá, en Agosto de 1996.

Watkins, T. (1977) The Rational Emotive Dynamics of impulsive disorders. Citado en Ellis y Grieger (1977).

Wolfe, J. (1975) Short-term effects of modeling/behavior rehearsal, plus-rational therapy, placebo and no treatment on assertive behavior. Doctoral Dissertation, New York University.

Yardley, L., Masson, E., et. al. (1992) Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: Development of the Vertigo Symptom Scale. Journal of Psychosomatic Research, 36, 731-741.

Yardley, L. y Putman, J. (1992) Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: A questionnaire study. Clinical Otolaryngology, Vol. 17, 231-236.

Yardley, L., Tood, A.M., Lacoudraye-Harter, M.M. e Ingram R. (1992) Psychosocial Consequences of Vertigo: A longitudinal Study. British Journal of Clinical Psychology, Vol. 33, pags. 101-113.

Yardley, L., Luxon, L. y Haacke, N.P. (1994) A longitudinal study of symptoms, anxiety and subjective well-being in patients with vertigo. Clinical Otolaryngology, 19, 109-116.

Yardley, L. (1994) Contribution of symptoms and beliefs to handicap in people with vértigo: A longitudinal study. British Journal of Clinical Psychology, Vol. 33, 101-113.

Weiss, M.S. (1978) News and developments in Behavioral Medicine Journal of Behavioral medicine, Vol 1, No 3, pags. 337-339.

Zollner, F. (1973). Otorrinolaringología. Salvat Editores, Barcelona, España.

A N E X O

ANEXO 1

FORMATO DE AUTOREGISTRO DE ATAQUES DE VERTIGO

NOMBRE _____

Cada vez que usted experimente un episodio de vértigo (un mareo), regístrelo en la tabla de abajo. Anote la intensidad del mareo en el espacio correspondiente de acuerdo a la siguiente escala:

- 1 MAREO MÍNIMO 2 MAREO POCO INTENSO 3 MAREO REGULAR
4 MAREO INTENSO 5 MAREO MUY INTENSO

FECHA	DURACIÓN HORA DE INICIO Y TÉRMINO	INTENSIDAD					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	