

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

9

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

“TERAPIA GRUPAL COMO COADYUVANTE EN EL
TRATAMIENTO DEL VERTIGO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO

P R E S E N T A

MARIA GPE. FERNANDEZ OLVERA

ASESORES: DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
DRA. IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ

OCTUBRE 2000





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

SERVICIO DE PSIQUIATRIA

"TERAPIA GRUPAL COMO COADYUVANTE
EN EL TRATAMIENTO DEL VERTIGO"

JEFE DE SERVICIO

DR GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA

ASESORES

DR RICARDO GALLARDO CONTRERAS

DRA IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ

Colaboradores

PSICOLOGO LUIS HERRERA

HOJA DE APROBACION



M. JORGE A. DEL CASTILLO MEDINA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature of M. Jorge A. del Castillo Medina]

DR GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA
JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

[Handwritten signature of Dr. Guillermo Hernandez Valencia]

290047

DR. RICARDO GALLARDO CONTRERAS
JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRIA

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares

MAR. 7 2001

Unidad de Servicios Escolares
IMU de (Posgrado)

[Handwritten signature of Dra. Ivonne Cardenas Velazquez]

DRA IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Señor Dios,
Gracias por estar conmigo.

A mi Angel por no dejarme desistir

A mis padres,
Por permanecer en las buenas y en
las malas
Siempre firmes amándome.

A Esteban, porque su perseverancia
y amor
le ha dado nueva luz a mi vida

A mis hermanos,
Por su ejemplo de honestidad
Y lealtad

A mi familia por su comprensión
infinita

Con cariño a mis asesores
Por mostrar siempre una nueva
salida con amor y paciencia.

A May con todo mi cariño.

A mis maestros, que desde la
primera letra hasta el
más fino detalle han creído en mi.

A las mosqueteras y a Dartagñan.

A Gloria, Enrique, Alfredo, Carmen...

Y todos aquellos que han venido
y vendrán a la clínica de vértigo
dándose la oportunidad de volver a
empezar...

He querido escribir en un momento
La alegría de sentirme saludable ,
De sentir mi cabeza y mis sentidos
Manejados por mi unicamente,
Sis sufrir , sin pensar en los Dolores
Sin mareos sin vomitos terribles .
Contemplo el cielo y las estrellas
Suspiro y doy gracias a la vida .
Aprovechare cada momento pues
La vida tal vez solo eso sea .

Cuando siento el mareo incontrolable
Y el vomito que agita mis entranas
Solo pienso en los grandes doctores.
Gente Buena que me escucha y me comprende
Que ama el trabajo y lo hace arte .
Me demuestran que la vida es una lucha
Y sin lucha se vive en la muerte .

Gracias a ellos saco culpas que no tengo
Y fuerzas que no me conocia

El pago de esta gran labor no tengo
Con que pagarla. Muchas gracias
queridos doctores, los aprecia,
los quiere, los admira una
paciente mareada.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

• Definición.....	2
• Anatomía.....	2
• Fisiología vestibular.....	6
• Etiología.....	8
• Diagnóstico.....	9
• Tratamiento.....	12

II. MARCO TEÓRICO

• Psicoterapia de grupo.....	13
• Etapas del desarrollo grupal.....	16
• Familia.....	17
• Selección de paciente.....	18
• Factores existenciales.....	19
• IDARE.....	23

III. VALIDEZ.....

25

IV. JUSTIFICACION.....

25

V. OBJETIVO.....

26

VI. HIPOTESIS.....

27

VII. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION.....

28

VIII. MATERIAL Y METODOS.....

29

IX. RESULTADOS.....

30

XI. DISCUSION.....

38

XII. CONCLUSIONES.....

39

XIII. BIBLIOGRAFIA.....

41

MARIA FERNANDEZ OLVERA

ASESORES

DR RICARDO GALLARDO MARTINEZ**

DRA IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ *

- *Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología Hospital Juárez de México
- **Jefe del servicio de Psiquiatría Hospital Juárez de México

INTRODUCCION

DEFINICION

El vértigo se traduce como *"alucinación de movimiento"* bien sea de forma subjetiva cuando el derredor gira u objetiva cuando el sujeto gira.

El vértigo y el mareo se utilizan ampliamente, aunque los síntomas son difíciles de interpretar ya que son subjetivos, con frecuencia imprecisos y sujetos a una interpretación cultural y personal.

ANATOMIA

El oído interno esta compuesto por una estructura laberíntica neomembranosa que se encuentra dentro de la cápsula ótica en la pirámide del peñasco.

El laberinto anterior correspondiente a la cóclea y el posterior correspondiente a los canales semicirculares, y vestíbulo,. Los tres conductos semicirculares se disponen en tres planos; horizontal (externo), anterior (superior) y el posterior.

El superior y posterior forman la cruz común; cada canal cuenta con un externo ampular que contiene un órgano sensible. En la parte anterior se encuentra la cóclea con dos vueltas y media.

La perilinfa ocupa los tres conductos semicirculares, el vestíbulo, la escala vestibular y timpánica. Esta en contacto intimo con el LCR del espacio subaracnoideo a través del acueducto coclear.

La perilinfa tiene composición baja en , sodio (10 mEq/l) y alta en sodio 140

MARIA FERNANDEZ OLVERA

ASESORES

DR RICARDO GALLARDO MARTINEZ**

DRA IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ *

- *Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología Hospital Juárez de México
- **Jefe del servicio de Psiquiatría Hospital Juárez de México

INTRODUCCION

DEFINICION

El vértigo se traduce como "*alucinación de movimiento*" bien sea de forma subjetiva cuando el derredor gira u objetiva cuando el sujeto gira.

El vértigo y el mareo se utilizan ampliamente, aunque los síntomas son difíciles de interpretar ya que son subjetivos, con frecuencia imprecisos y sujetos a una interpretación cultural y personal.

ANATOMIA

El oído interno esta compuesto por una estructura laberíntica neomembranosa que se encuentra dentro de la cápsula ótica en la pirámide del peñasco.

El laberinto anterior correspondiente a la cóclea y el posterior correspondiente a los canales semicirculares, y vestíbulo,. Los tres conductos semicirculares se disponen en tres planos; horizontal (externo), anterior (superior) y el posterior.

El superior y posterior forman la cruz común; cada canal cuenta con un externo ampular que contiene un órgano sensible. En la parte anterior se encuentra la cóclea con dos vueltas y media.

La perilinfa ocupa los tres conductos semicirculares, el vestíbulo, la escala vestibular y timpánica. Esta en contacto intimo con el LCR del espacio subaracnoideo a través del acueducto coclear.

La perilinfa tiene composición baja en sodio (10 mEq/l) y alta en sodio 140

MARIA FERNANDEZ OLVERA

ASESORES

DR RICARDO GALLARDO MARTINEZ**

DRA IVONNE CARDENAS VELAZQUEZ *

- *Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología Hospital Juárez de México
- **Jefe del servicio de Psiquiatría Hospital Juárez de México

INTRODUCCION

DEFINICION

El vértigo se traduce como "*alucinación de movimiento*" bien sea de forma subjetiva cuando el derredor gira u objetiva cuando el sujeto gira.

El vértigo y el mareo se utilizan ampliamente, aunque los síntomas son difíciles de interpretar ya que son subjetivos, con frecuencia imprecisos y sujetos a una interpretación cultural y personal.

ANATOMIA

El oído interno esta compuesto por una estructura laberíntica neomembranosa que se encuentra dentro de la cápsula ótica en la pirámide del peñasco.

El laberinto anterior correspondiente a la cóclea y el posterior correspondiente a los canales semicirculares, y vestíbulo,. Los tres conductos semicirculares se disponen en tres planos; horizontal (externo), anterior (superior) y el posterior.

El superior y posterior forman la cruz común; cada canal cuenta con un externo ampular que contiene un órgano sensible. En la parte anterior se encuentra la cóclea con dos vueltas y media.

La perilinfa ocupa los tres conductos semicirculares, el vestíbulo, la escala vestibular y timpánica. Esta en contacto intimo con el LCR del espacio subaracnoideo a través del acueducto coclear.

La perilinfa tiene composición baja en , sodio (10 mEq/l) y alta en sodio 140

mEq/l). Su concentración de proteínas 300 mg/100ml. La endolinfa tiene alta concentración de potasio (144mEq/l) y baja en sodio, su concentración de proteínas es de 127mg/100ml. Proviene de las células oscuras del vestíbulo y la estría vascular.

En el vestíbulo existen dos tipos de células fundamentalmente las Tipo I y tipo II. La tipo I en forma globular, las cuales están inervadas por dendritas de mayor diámetro y la tipo II cilíndrica, de estas últimas hay un mayor número. Sobre el vértice de cada células receptora existen estereocilios distribuidos en forma diagonal.

La altura de los estereocilios aumenta de un lado a otro de la superficie de la célula. Cerca del estereocilio más alto se encuentra el cinocilio, que sobresale del citoplasma de la célula a través de un segmento de membrana celular que está sujeto a la célula por un a estructura semejante a un centriolo, llamado cuerpo basal. El cinocilio esta ausente en las células ciliadas de la cóclea.

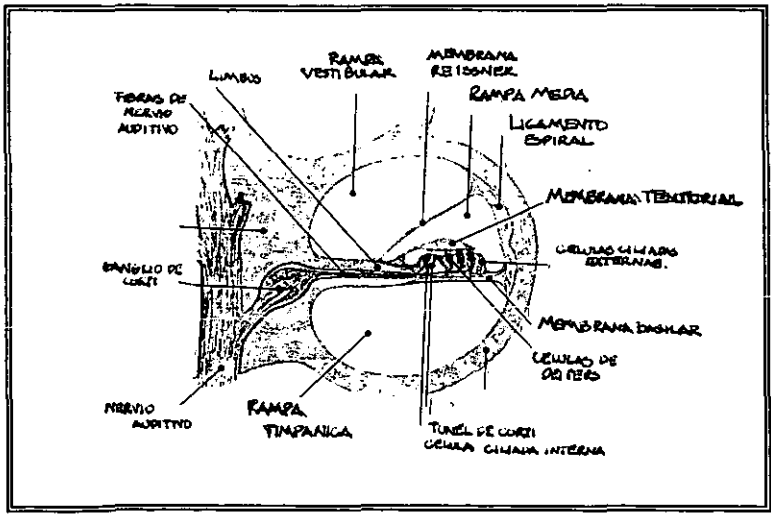


Figura 1. Compartimentos cocleares

El corte transversal del conducto óseo de la cóclea se puede observar tres compartimentos uno superior llamado escala vestibular, otro inferior o escala timpánica y uno central o rampa media.

El diámetro de la rampa vestibular disminuye a medida que se acerca al vestíbulo a la altura de la ventana oval: En el vértice se comunica a través del helicotrema con la rampa timpánica cuyo extremo opuesto es la ventana redonda.

La escala media está separada de la vestibular por la fina membrana de Reissner, la cual está en situación oblicua, compuesta por dos capas celulares. La membrana basilar separa a la escala media de la timpánica y está situada entre una cresta del lado interno la lámina espiral ósea, es de 30mm de largo y de 0.5 mm en la base, a 0.1 mm en el vértice.

En la escala media se sitúa el Organó de Corti con 13 000 células ciliadas receptoras. Alineadas de 4 a 5 células de espesor. El tipo I internas son globosas y están separadas de las tipo II por un túnel de Corti y son de forma cilíndrica. La parte superior de las células están sujetas por tejido de sostén que sale a la superficie.

Sobre el órgano de Corti descansa la membrana tectoria en la pared interna del conducto coclear, el desplazamiento de los cilios sobre esta membrana produce estímulos al receptor auditivo.

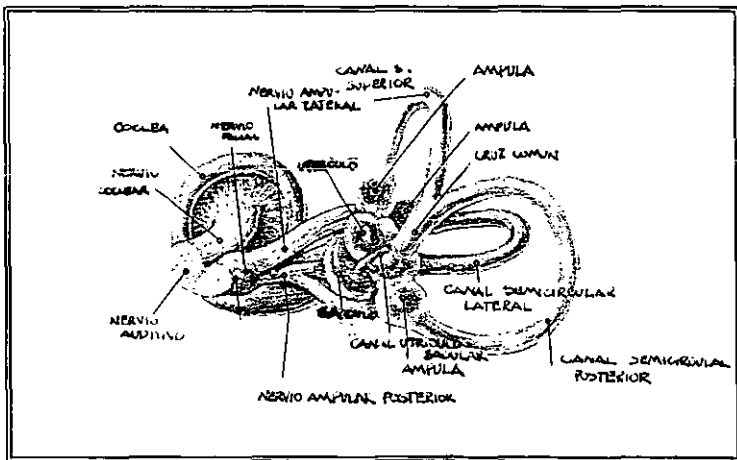


Figura 2. Componentes anatómicos del laberinto membranoso

El ducto coclear comunica con el sáculo a través del conducto de Hensen.

El laberinto vestibular contiene dos cavidades: el útriculo y el sáculo. El sáculo en la pared interna por debajo del útriculo, con el que está en contacto pero sin comunicación, sin embargo comunica en el conducto endolinfático por medio del conducto sacular y con el conducto coclear a través del conducto de Hensen.

El útriculo, relacionado por arriba con el sáculo tiene una forma oval y comunica con los conductos semicirculares membranosos a través de 5 aberturas.

El conducto semicircular externo forma un ángulo de 30° y tiene dos aberturas a la pared externa del útriculo. Los conductos semicirculares un diámetro de 6.5mm.

Los otros dos canales son ortogonales uno con respecto al otro. El conducto superior está por arriba del techo del útriculo.

La mácula del útriculo está localizada cerca de la abertura anterior del conducto semicircular horizontal y se encuentra en posición horizontal, sobre una concavidad en la parte anterior del útriculo. La superficie de la mácula está cubierta por una sustancia gelatinosa compuesta de mucopolisacáridos, la cual presenta a su vez en su superficie depósitos calcáreos u otoconias cuya tamaño fluctúa entre 0.5 y 30 micras, con densidad dos veces superior a la del agua, compuestas de carbonato cálcico.

La cavidad utricular comunica con el seno del conducto endolinfático a través del conducto utricular.

IRRIGACION

La arteria cerebelosa anteroinferior que proviene de la arteria basilar da la rama laberíntica que a su vez se divide en coclear común y vestibular anterior.

La arteria coclear se divide en arteriolas radiada y plexos que irrigan al ganglio Espiral, la parte inferior del sáculo y el canal semicircular posterior; la otra rama irriga el útriculo las cúpulas de los conductos semicirculares superior y horizontal y una pequeña porción del sáculo.

FISIOLOGIA DE LA VIA VESTIBULAR.

El vértigo es un síntoma que acompaña diversos padecimientos tanto de origen periférico como central.

El equilibrio depende de la interacción de diferentes sistemas: cerebelo, visión, sistema propioceptivo, sustancia reticular y sistema vestibular.

La vía vestibular proveniente de las crestas de los canales semicirculares dan conexiones a través de neuronas de segundo orden con los núcleos vestibulares: rama vestibulocerebelosa, proyección vestibular ocular, que surge de las neuronas de los núcleos vestibulares superior y medial.

Desarrolla conexiones con el III, IV y VI pares craneales, Esta es la base neuroanatómica de los movimientos oculares que resultan de la estimulación de los conductos semicirculares; conexiones comisurales, vestibulo-vestibulares a partir de los núcleos vestibulares medial y superior se activan sólo por las estimulación de los conductos semicirculares; conexiones vestibuloespinales de las crestas pasan al núcleo vestibular medial y viajan al fascículo longitudinal medio hacia las neuronas motoras de la médula torácica y cervical: Se encargan durante la estimulación de los conductos los reflejos musculares del cuello y miembros torácicos.

La vías vestibulares provenientes de la mácula utricular se divide en ascendentes y descendentes. Las conexiones ascendentes están determinadas por fibras que hacen contacto con el núcleo vestibular lateral y neuronas de segundo orden a través del haz ascendente de Deiters, se conectan con los músculos extraoculares que producen los movimientos horizontales de los ojos.

La conexión más importante es descendente a través de los haces vestibuloespinales, medial y lateral. El haz vestibuloespinal medial se origina del núcleo vestibular medial y sus axones corren por el fascículo longitudinal medio hacia la mácula cervical y torácica superior:

El haz vestibuloespinal lateral proviene del núcleo vestibular lateral y corre a lo largo de y toda la médula espinal. El utrículo se encarga fundamentalmente de los reflejos musculares de las extremidades del cuello y extremidades torácicas y las inferiores dependen de las proyecciones cerebelosas. de la división dorsal del núcleo vestibular lateral.

La vías vestibular proveniente de la mácula sacular proyecta conexiones centrales: núcleo neuronal con núcleo en y hacia el sistema contralateral y al núcleo infracerebeloso que se proyecta hacia los núcleos oculomotores. Conexiones con el haz vestibuloespinal medial a través del núcleo vestibular lateral. Conexiones con el haz vestibuloespinal lateral a través del núcleo vestibular medial.

La vía vestibular eferente comprende un grupo neuronal pequeño de unas 300 neuronas, localizado en el tallo cerebral y se proyectan en forma periférica a través del nervio vestibular hacia los órganos sensoriales vestibulares. Las neuronas que forman esta vía se localizan cerca de los núcleos vestibulares, donde pueden tener conexiones con fibras aferentes y envían sus axones a través del haz olivococlear hacia las ramas periféricas del nervio vestibular para terminar en el neuroepitelio de los órganos sensoriales vestibulares Este sistema vestibular eferente tiene un efecto inhibitorio en los potenciales de acción del nervio vestibular.¹³

ETIOLOGIA DE VERTIGO

El vértigo puede deberse a un gran número causas, metabólicas, vasculares, neoplásicas, vírales, traumáticas etcétera, por lo anterior el estudio del paciente con vértigo desde su valoración clínica, para poder determinar el tratamiento adecuado. En una revisión de 1462 pacientes con vértigo, mareo o desequilibrio como síntoma aislado o como síntoma primario, seis enfermedades eran las causales en 1125 (77%): Enfermedad de Menière, vértigo postural paroxístico benigno, neuronitis vestibular, insuficiencia vertebrobasilar a nivel terminal, vértigo postraumático y fístula perilinfática. En sólo 144 (9.8%) de los pacientes fueron los estudios de imagen los que hicieron el diagnóstico.

CENTRALES
NEUROMA DEL ACUSTICO
ESCLEROSIS MULTIPLE
SINDROME DE COMPRESION POR ASA VASCULAR
ANEURISMA
INSUFICIENCIA VASCULAR
DEFORMIDAD DE ARNOLD -CHIARI
TUMORES CEREBELOSOS O DEL TALLO ENCEFALICO
VERTIGO CERVICAL
ATAQUES DE ISQUEMIA TRANSITORIA Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

PERIFERICOS
VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO
LABERINTITIS
ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL OIDO INTERNO
FISTULA PERILINFATICA
OTOESCLEROSIS
VERTIGO INDUCIDO POR MIGRAÑA

METABOLICOS
DIABETES
HIPERTIROIDISMO O HIPOTIROIDISMO
SIFILIS
SINDROME DE COGAN
ANEMIA
ENF. AUTOINMUNES

DIAGNOSTICO

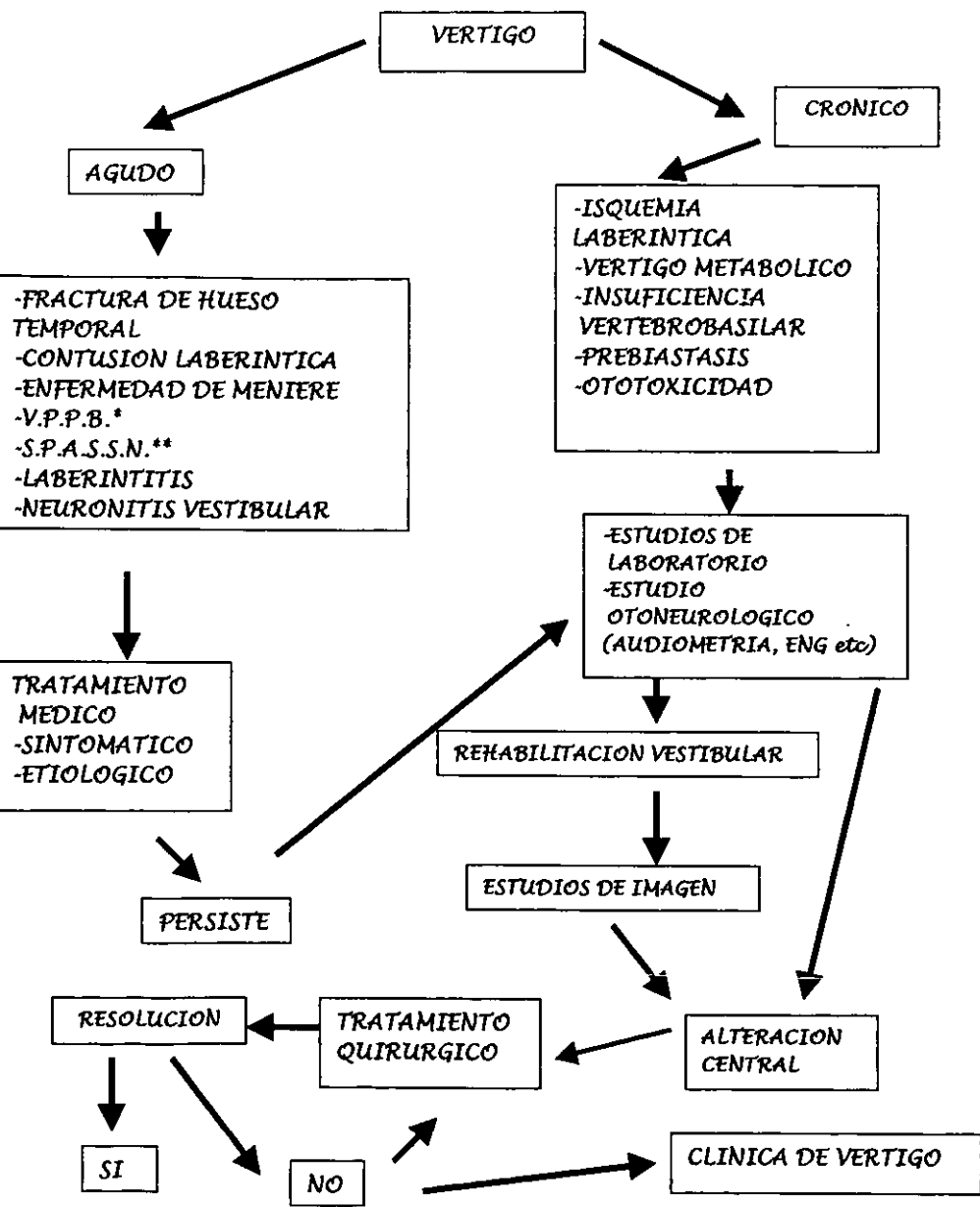
Para poder realizar diagnóstico etiológico de vértigo se requiere de un protocolo de estudio que incluye exámenes de laboratorio básicos química sanguínea, biometria hemática, perfil de lípidos, examen general de orina, para casos más específicos se puede requerir de realizar perfil inmunológico. En otitis media crónica y sospecha de neoplasias y alteraciones vasculares es necesario la realización de estudios de imagen tomografía computada y en algunos casos como de asa vascular, tumorales y otros la resonancia magnética dará la pauta en tratamiento y pronóstico.

El diagnóstico de vértigo psicógeno no debe basarse exclusivamente en la ausencia de hallazgos anormales a nivel vestibular, encontradas generalmente en el examen neurológico, la evaluación psicológica es fundamental para poder confirmar el diagnóstico, en caso de estar indicada la psicoterapia, deberá orientarse no al síntoma de vértigo, sino al individuo como entidad. El pronóstico dependerá del reconocimiento y la solución o atenuación de conflictos emocionales que se encuentran en cada caso. 17

Cuando se han agotado todos los métodos de diagnóstico sin obtener una causa orgánica justificable, se hace diagnóstico de vértigo de origen psicógeno.

Los aspectos psicológicos tienen implicación no sólo en el diagnóstico, sino en el tratamiento del paciente con vértigo. Síntomas como ansiedad, depresión y temor se encuentran relacionados. No es fácil dilucidar si no existe daño orgánico (psicosomático) o si el problema deriva de una alteración vestibular (psicosomático), no hay duda que los factores emocionales y síntomas asociados: fenómenos neurovegetativos, etc. 17

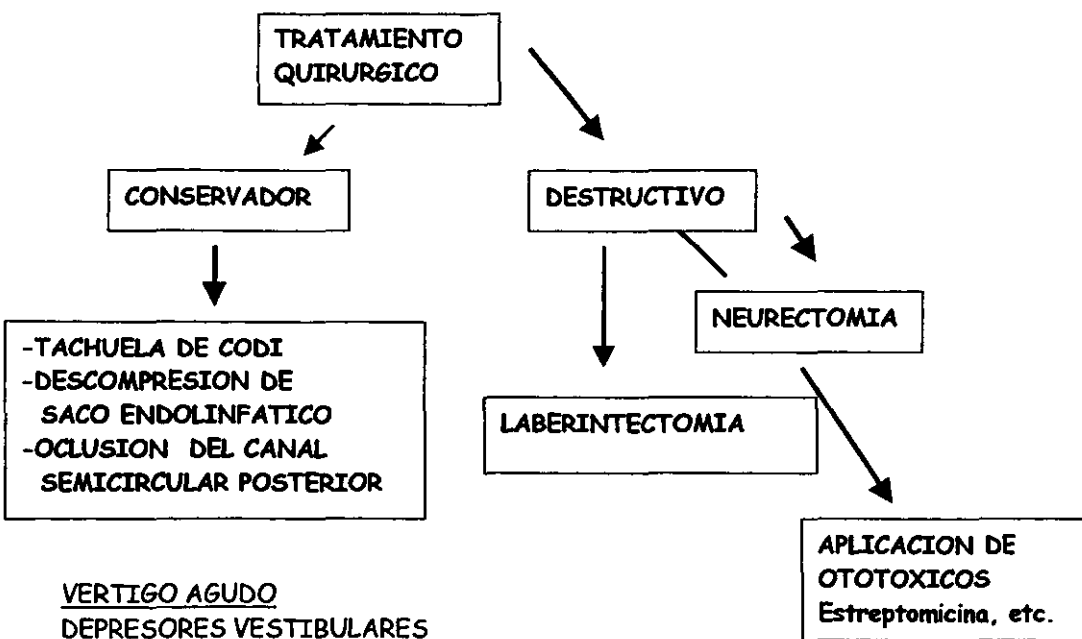
Antes de considerar al vértigo como de origen psicógeno, es necesario descartar cualquier daño orgánico. Una forma dramática de describir los síntomas es una de las características particulares de los pacientes con vértigo de origen psicógeno. 17



*Vértigo postural paroxístico benigno
 **Síndrome de pérdida súbita auditiva sensorineural

TRATAMIENTO DEL VERTIGO

El tratamiento del vértigo puede dividirse en dos grandes grupos MEDICO Y QUIRURGICO. El tratamiento médico puede ser: etiológico, sintomático, va dirigido a disminuir los síntomas aún cuando no se haya encontrado la causa. Siempre y usando la resolución sea quirúrgica, previa justificación diagnóstica



VERTIGO AGUDO DEPRESORES VESTIBULARES

Antihistamínicos	Anticolinérgicos	Derivados de la Benzamida	Benzodiazepinas
Dimenhidrinato	Escopolamina	Metoclopramida	Diazepam
Mecilzina			Lorazepam
Ciclizina			Clonazepam
Buclizina			
Prometazina			
Cinarizina			

Fármacos utilizados en el tratamiento sintomático del vértigo

VERTIGO CRONICO

FACILITAR MECANISMOS COMPENSATORIOS

Agentes nootrópicos	Vasodilatores
------------------------	---------------

Piracetam	Cinarizina Ginkgo Biloba Beta histidina Mesilato de Beta ergocina En Hidrops: Inhibidores de la anhidrasa carbónica
-----------	--

Fármacos utilizados en el tratamiento sintomático del vértigo

MARCO TEORICO

PSICOTERAPIA DE GRUPO

RESEÑA HISTORICA

El primer uso de la psicoterapia de grupo en pacientes internos se le acredita a Edward Lazell (1921). Al final de la Primera Guerra Mundial, estableció clases de instrucción para veteranos de guerra en el *St. Elizabeths Hospital* en Washington D.C. Las ventajas del método de grupo, incluían la socialización y disminución del temor al psiquiatra, retenían información, la compartían e incluso comparaban síntomas.

Diez años después, L. Cody Marsh (1931) aplicó un enfoque similar en el *Worcester State Hospital* Massachusetts y agregó grupos de discusión con promedio de 20 integrantes que hoy son los grupos llamados de rehabilitación y reeducación. Comprometiéndose con el concepto entonces innovador de que los pacientes podían apoyarse entre sí.

ANTECEDENTES HISTORICOS

1858	PRATT Y MCKENZIE	ANSIEDAD	TRANSTORNO VESTIBULAR
1870	BENEDICT	MAREO	CONFUSION
1890	WOOKES	AGAROFobia	TRANSTORNO VERTIBULAR
1895		NISTAGMUS	ANSIEDAD
1970	SUAVAGES	FOBIAS	VERTIGO HISTERICO
1973	DIX Y HOOD	ANSIEDAD	NEURONITIS VESTIBULAR

Frank en 1963 enfatizó la importancia de la cohesividad del grupo como apoyo, la necesidad de modelos de rol en los grupos para la modificación conductual y el uso de las interacciones de grupo para ayudar a cada paciente a obtener una imagen más precisa de sí mismo en relación con los otros.

En 1986 Marcovitz y Smith, detectan aumento en la confusión dentro del grupo con tiempos cortos y población heterogénea.

Yalom 1983 desarrolló un método estructurado de aprendizaje interpersonal, en el aquí y ahora. De hecho existen dos de estos métodos, uno para pacientes que funcionan a mayor nivel y otro para pacientes de menor nivel.

El primero es más conocido y se utiliza mucho más. El grupo de menor nivel para pacientes con mayores impedimentos emplea tareas verbales sistemáticas que consisten en una serie de ejercicios prescritos y graduados, de completamiento de oraciones. El grupo de mayor nivel funciona como una agenda creada por los pacientes para modificar la conducta desadaptativa. A los pacientes se les alienta a que representen sus problemas interpersonales, dentro del aquí y ahora de la sesión de grupo.

Prestarse apoyo y alentarse entre sí ayuda a los miembros a sentirse menos solos, menos desamparados, con mayor confianza en sí mismos y más capaces de enfrentar la situación .

Además aquellos integrantes que el grupo percibe que están manejando mejor el estrés se vuelven modelos positivos para los otros.

Después de la Segunda Guerra Mundial hubo varios años en los que floreció el trabajo de grupo en el hospital Elvin Semrad y cols, en el Boston State Hospital, describieron un método en el que el terapeuta abandona el papel autoritario común con el propósito de facilitar la interacción, reconocimiento y aceptación grupal de las emociones subyacentes y tolerancia de sus padecimientos individuales.

Haciendo énfasis en la relación terapeuta-paciente.

En el momento en que un paciente ingresa a una unidad hospitalaria se encuentra en estado de descompensación, es desmoralizante la pérdida concomitante de función independiente y de la capacidad de toma de decisiones (Rutchick 1986).

El grupo de psicoterapia pequeño que se reúne de manera breve e intermitente, funciona en mucho como un subgrupo que puede considerarse como un fragmento de la unidad hospitalaria en donde se alberga.

El vértigo puede aparecer de forma repentina y atemorizante para el paciente y la familia. El terror a un padecimiento que cambia la vida puede provocar un retraimiento entre pacientes y miembros de la familia en un momento donde la comunicación es más esencial.

ETAPAS DEL DESARROLLO GRUPAL

ETAPA I

1-3 SESIONES *

PRESENTACION DE MIEMBROS Y LIDER

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS ESPECIFICOS

CONSTRUCCION DE AMBIENTE TERAPEUTICO

ETAPA II

4-6 SESIONES *

ORIENTACION DE MODALIDADES TERAPEUTICAS

FAVORECER LA COHESION

GRUPAL

ETAPA III

7-9 SESIONES *

AUMENTO DE LA RECIPROCIDAD

RETROALIMENTACION

AFINIDAD

ETAPA IV

10-12 SESIONES *

DESPEDIDA GRUPAL

AUMENTO DE DEFENSAS

FAMILIA

La familia también agrega a la enfermedad sus antecedentes de pérdidas y tensiones, así como su estilo de enfrentamiento, en muchas ocasiones, la familia reacciona ante una enfermedad crónica e incapacitante como es el vértigo con ansiedad y con poca capacidad para enfrentarla. Respondiendo varios elementos de ésta con actitud de desadaptación.

Entendiendo como enfrentamiento lo que un individuo hace con un problema para obtener alivio, recompensa, reposo y equilibrio, éste puede cultivarse al enfrentar la realidad, enfocarse en soluciones y considerar alternativas y mantenerse abierto a la comunicación mutua que son importantes en un sentido emocional.

Tringali señaló que la familia necesita apoyo social, información médica acerca del tratamiento y estado del paciente, la creencia de que el personal del hospital se ocupa del paciente y un sentimiento de esperanza.

La familia tiene que enfrentar el asumir algunas de las responsabilidades que el paciente tenía antes de la enfermedad de tal forma que la comunicación entre la familia es fundamental, para crear nuevos roles.

Durante la fase crónica, las familias deben adaptarse a las fluctuaciones de la enfermedad lo mismo que la incertidumbre de su duración. La tarea principal es llevar una vida tan normal como sea posible.

La meta a seguir con la familia es:

Aprender más acerca de la enfermedad y las transformaciones del rol que se vincula con ésta dentro de la familia.

La esperanza es un factor significativo en los grupos terapéuticos y en los de apoyo familiar.

Reducir la ansiedad y el desamparo y permitir que se expresen sus valores y emociones.

Mejorar la comunicación entre el paciente y su familia y entre ésta y el equipo médico.

Aumentar las habilidades de enfermedades existentes y adquirir nuevas.

Incrementar el apoyo familiar y social.

Disminuir las secuelas negativas a largo plazo.

SELECCIÓN DE PACIENTES.

La selección y preparación de pacientes son aspectos importantes del inicio de un grupo de apoyo familiar . aunque la norma en la mayor parte de los centros consiste en seleccionar al paciente y la familia para el grupo. El líder puede evaluar al paciente o al miembro de la familia de tal forma que deciden si el grupo puede ser adecuado para sus necesidades deben excluirse a pacientes con rasgos psicóticos o con problemas graves de farmacodependencia y alcoholismo.

Los miembros necesitan que se les dé seguridad en cuanto a que su asistencia continua será en beneficio de ellos mismos, al igual que de otros integrantes del grupo.

FACTORES TERAPEUTICOS

INFORMACIÓN INTERPERSONAL:

Es aprender la manera en que los otros lo perciben a uno y como la apertura psicológica conduce a mayor participación del grupo.

Enseñanza de información.

La instrucción sobre la enfermedad y su tratamiento proporciona estructura al grupo, con lo que se reduce la ansiedad.

UNIVERSALIDAD:

Los pacientes y miembros de la familia están calificados de manera única para dar y recibir apoyo mediante probarse entre sí que no que no enfrentan sólo el estigma de un padecimiento, incluso si es mortal.

ALTRUISMO

Los enfermos aprenden pronto que mediante ayudarse entre sí se sienten mejor acerca de sí mismos. Éste quizás sea el aspecto más poderoso y terapéutico de la participación en grupo.

SELECCIÓN DE PACIENTES.

La selección y preparación de pacientes son aspectos importantes del inicio de un grupo de apoyo familiar . aunque la norma en la mayor parte de los centros consiste en seleccionar al paciente y la familia para el grupo. El líder puede evaluar al paciente o al miembro de la familia de tal forma que deciden si el grupo puede ser adecuado para sus necesidades deben excluirse a pacientes con rasgos psicóticos o con problemas graves de farmacodependencia y alcoholismo.

Los miembros necesitan que se les dé seguridad en cuanto a que su asistencia continua será en beneficio de ellos mismos, al igual que de otros integrantes del grupo.

FACTORES TERAPEUTICOS

INFORMACIÓN INTERPERSONAL:

Es aprender la manera en que los otros lo perciben a uno y como la apertura psicológica conduce a mayor participación del grupo.

Enseñanza de información.

La instrucción sobre la enfermedad y su tratamiento proporciona estructura al grupo, con lo que se reduce la ansiedad.

UNIVERSALIDAD:

Los pacientes y miembros de la familia están calificados de manera única para dar y recibir apoyo mediante probarse entre sí que no que no enfrentan sólo el estigma de un padecimiento, incluso si es mortal.

ALTRUISMO

Los enfermos aprenden pronto que mediante ayudarse entre sí se sienten mejor acerca de sí mismos. Éste quizás sea el aspecto más poderoso y terapéutico de la participación en grupo.

SELECCIÓN DE PACIENTES.

La selección y preparación de pacientes son aspectos importantes del inicio de un grupo de apoyo familiar . aunque la norma en la mayor parte de los centros consiste en seleccionar al paciente y la familia para el grupo. El líder puede evaluar al paciente o al miembro de la familia de tal forma que deciden si el grupo puede ser adecuado para sus necesidades deben excluirse a pacientes con rasgos psicóticos o con problemas graves de farmacodependencia y alcoholismo.

Los miembros necesitan que se les dé seguridad en cuanto a que su asistencia continua será en beneficio de ellos mismos, al igual que de otros integrantes del grupo.

FACTORES TERAPEUTICOS

INFORMACIÓN INTERPERSONAL:

Es aprender la manera en que los otros lo perciben a uno y como la apertura psicológica conduce a mayor participación del grupo.

Enseñanza de información.

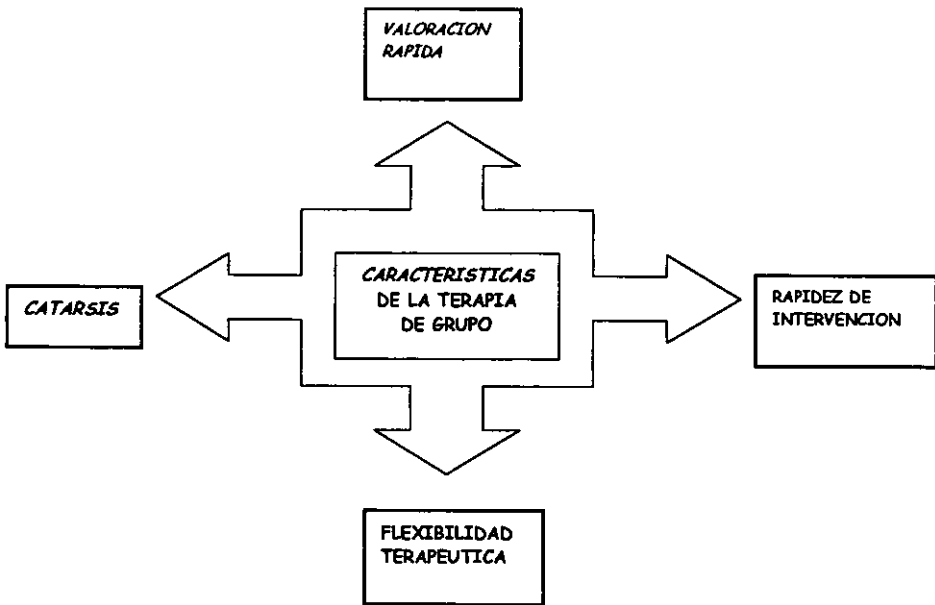
La instrucción sobre la enfermedad y su tratamiento proporciona estructura al grupo, con lo que se reduce la ansiedad.

UNIVERSALIDAD:

Los pacientes y miembros de la familia están calificados de manera única para dar y recibir apoyo mediante probarse entre sí que no que no enfrentan sólo el estigma de un padecimiento, incluso si es mortal.

ALTRUISMO

Los enfermos aprenden pronto que mediante ayudarse entre sí se sienten mejor acerca de sí mismos. Éste quizás sea el aspecto más poderoso y terapéutico de la participación en grupo.



FACTORES EXISTENCIALES

Aprender que la vida implica sufrimiento, dolor y aislamiento existencial es inevitable para la mayoría de aquellos con enfermedades graves. Compartir esta difícil experiencia de aprendizaje con otros, lo hace más fácil de soportar.

CATARSIS

La catarsis se describe como los momentos emocionalmente climáticos dentro de un grupo cuando los miembros expresan sentimientos poderosos y, con frecuencia inaceptables en términos sociales.

Por ejemplo un estigma vinculado con la enfermedad como el caso de SIDA o cáncer el valor de la experiencia catártica es mayor.

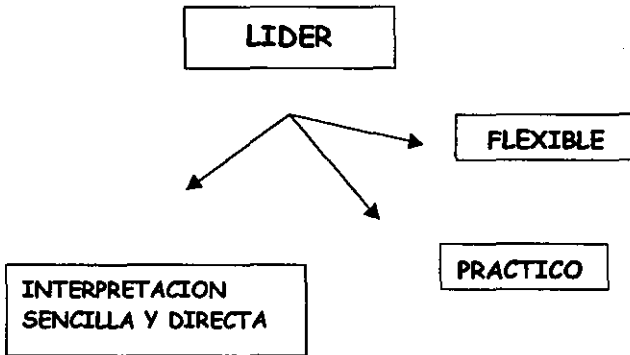
ESPERANZA

Después de la catarsis, que puede ser muy atemorizante para el grupo, se requiere de una resolución que proviene de reafirmar la esperanza.

EL LIDER O TERAPEUTA

Un líder debe maximizar los factores curativos del grupo mediante la protección de sus límites, recordarle la confidencialidad a los miembros, tamizar a los miembros desorganizantes y apegarse a la consistencia en el horario y la localización de la reunión.

El líder debe mostrar humildad, independientemente de los años que haya proporcionado terapias, "él no es el experto a menos que él mismo haya sufrido la enfermedad.



En general uno es profesional de la salud mental con experiencia en terapia individual y grupal y el otro un profesional médico con experiencia en el conocimiento del padecimiento en común.

Su tarea consiste en ayudar a los miembros a ver que tienen mucho más que aprender y enseñar entre ellos que lo que el líder pueda hacer.

El líder muestra a cada miembro su reponsabilidad en cada reunión.

El líder debe delinear los elementos comunes y facilitar las respuestas de los miembros entre sí con los que aumenta el apoyo mutuo.12

En los pacientes con un origen orgánico pueden sentir miedo y fantasear que tienen una enfermedad grave, que los puede llevar a la muerte (comentado por los pacientes de la clínica de vértigo) se vuelven inseguros, porque los síntomas interfieren con su vida cotidiana.

El vértigo se ha asociado con enfermedades psiquiátricas. Los pacientes con desórdenes de ansiedad manifiestan ataques de pánico y son particularmente susceptibles a experimentar desequilibrio otras alteraciones asociadas incluyen la psicosis, depresión, histeria, agarofobia, acrofobia, y alteraciones de personalidad obsesiva. Los pacientes con esquizofrenia son más susceptibles a presentar vértigo y alteraciones en las pruebas vestibulares.

La administración de ciertos compuestos como lactato, cafeína, isoprotenol y antagonistas de las diacepinas se han relacionado con ataques de pánico con pacientes susceptibles. Estos hallazgos sugieren que tal vez un desequilibrio con bases orgánicas asociado con vértigo psicofisiológico pueda deberse a una farmacoterapia específica.

El tratamiento del vértigo psicofisiológico se basa en psicoterapia y farmacoterapia tres clases de medicamento pueden reducir la frecuencia de los casos de pánico éstos son antidepresivos inhibidores de la recapturación de serotonina: imipramina y desipramina, las benzodiazepinas como el alprazolam y los inhibidores la monoamina oxidasa. Estos agentes imipramina y el alprazolam tienen menores efectos adversos y son de elección para iniciar tratamiento.

ANTIDEPRESIVOS

CONTRAINDICACIONES

TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN CARDIACA
GLAUCOMA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA
HEPATOPATIA-NEFROPATIA
DIABETES MELLITUS
ANTECEDENTE DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO
EPILEPSIA
HIPERSENSIBILIDAD

ANSIOLITICO

CONTRAINDICACIONES

MIASTENIA GRAVIS
ATAXIA
EN COMBINACION CON DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
EMBARAZO
CHOQUE
MENORES DE 6 AÑOS
GLAUCOMA
HIPERSENSIBILIDAD

En la literatura se menciona en diversas ocasiones la necesidad de brindar apoyo psicológico o consejo psicológico a los pacientes que cursan con el síntoma, para asimilarlo de una forma más adecuada o bien para determinar la parte fantasiosa y la real del síntoma.

En un estudio de Hagnebo y Anderson en 1998, se estudiaron 514 sujetos aplicando pruebas psicológicas para determinar sensaciones somáticas asociadas, en dicho análisis se encontró ansiedad y en la escala para valorar estado psicológico se encontró un estado emocional negativo.

Y en la escala para valorar situaciones específicas relacionadas con el ataque de vértigo se encontró estrés y relación con el ataque.⁴

En otros estudios Eckhartdt et al. Estudiaron en 1996 pacientes con diagnóstico de vértigo de origen psicógeno encontrando 43% de los casos alteraciones de tipo neurótico particularmente ansiedad y fobias, concluyendo la necesidad de buscar intencionadamente alteraciones psiquiátricas en el estudio otoneurológico de rutina, y la terapia multidisciplinaria para evitar la cronicidad del síntoma.

El diagnóstico funcional de los trastornos del equilibrio requiere de pruebas cuyas combinaciones ofrezcan tanto alta sensibilidad como especificidad diagnóstica.

Sin embargo aunque se ha descrito el apoyo psicológico en estos pacientes, una clínica y psicoterapia de grupal, donde se reúnan únicamente pacientes con el síntoma no ha sido descrito.

En el seguimiento de pacientes con padecimientos psiquiátricos como depresión mayor, se ha observado la presencia de vértigo en pacientes menopausicas, donde además de la terapia sustitutiva hormonal el consejo psicológico juega un papel preponderante.

IDARE

Los pacientes que presentan el síntoma de vértigo relacionado o no con alteraciones orgánicas, pueden presentar diversos grados de ansiedad o de depresión, existen diversas escalas establecidas para determinar dichos grados.

El inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE), es uno de ellos, esta se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: ansiedad rasgo y la ansiedad- estado.

Este se desarrolló originalmente para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir síntomas psiquiátricos, sin embargo se ha demostrado que tiene utilidad para valorar el estado de ansiedad, en pacientes que serán sometidos a cirugía, estudios médicos etc.

Este inventario consiste en dos partes:

Escala A rasgo con veinte afirmaciones en las que se pide al sujeto que describa como se sienten generalmente.

Escala A Estado donde el sujeto describe como se siente en un momento dado. Es de utilidad para detectar sujetos propensos a la ansiedad, y hasta que grado el individuo que solicita asistencia de un psicólogo se encuentra cursando con ansiedad neurótica, así mismo puede aplicarse periódicamente para evaluar los cambios en la evolución de un paciente.

La ansiedad Estado

La ansiedad Estado es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad, conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo.

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad Rasgo

La ansiedad Rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevación en la intensidad A-Estado, que permanecen latentes hasta que una señal las activa.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en ansiedad-Rasgo, exhibirán elevaciones más frecuentes de A-Estado que los que califican bajo en ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alto ansiedad-Estado también probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autoestima.

VALIDEZ

La validez de las pruebas se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente las instrucciones que se le dan en relación con el estado de cómo se siente en este momento específico.

La calificación posible varía desde 1 y hasta 40 puntos como máximo.

Este inventario se encuentra validado para medir el grado de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados y externos.

JUSTIFICACION

En diversos casos cuando el síntoma es parte de un padecimiento periférico como hidrops endolinfático, o enfermedad de Meniere, otoesclerosis asociada con hidrops endolinfático, vértigo postural paroxístico benigno y en

padecimientos sistémicos como diabetes, hipertensión arterial sistémica, enfermedades del tejido conectivo, obesidad exógena, generalmente tiene un curso crónico y presentarse en crisis de horas e incluso días, los cambios secundarios en la vida cotidiana ambiente familiar, laboral y social generalmente pasan inadvertidos por el médico, incluso el especialista.

En los pacientes que acuden cotidianamente a la consulta de nuestro hospital con el síntoma vértigo, se encontró la necesidad de brindar apoyo psicológico.

El carácter institucional de la medicina actual, sobre todo en los países subdesarrollados, ha obstaculizado paulatinamente, un adecuada relación médico paciente, en la la cual los involucrados puedan expresar sus dudas y asimismo resolverlas, teniendo además, un vínculo que permita asimilar la enfermedad en todo su contexto, tanto por el médico, como por el paciente.

La terapia de grupo, ofrece la posibilidad de la relación con varios pacientes a un tiempo, resolviendo sus dudas, en un espacio y tiempo adaptado específicamente a un grupo homogéneo.

Además de todas ventajas que en sí ofrece un grupo psicoterapéutico.

En la Institución, el médico puede establecer una nueva relación médico paciente, que los lleve a explorar nuevas opciones para ambos, obteniendo un beneficio reciproco.

OBJETIVO. Comprobar la eficacia de la terapia grupal como coadyuvante en el tratamiento integral del paciente con vértigo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Detectar alteraciones psicossomáticas relacionadas con el síntoma de vértigo en pacientes con padecimientos orgánicos,

1. Detectar alteraciones psicossomáticas en pacientes con vértigo y alteración orgánica.

2. Evaluar la función de la terapia grupal como coadyuvante en la adaptación del paciente a la vida cotidiana.

3. Medir la eficacia de la terapia de grupo con valoraciones periódicas a través de la escala inventario IDARE. Y de forma subjetiva a través de la experiencia del paciente.

a) Recobrar equilibrio psíquico

b) Control y manejo de la ansiedad

c) Reestructuración cognoscitiva

d) Retroalimentación.

4. Valorar mejoría del síntoma: vértigo y relacionados (mareo e inestabilidad)

HIPOTESIS

Hipótesis I: El paciente vertiginoso independientemente de la etiología del vértigo pueden mejorar su sintomatología, adaptación a la vida cotidiana y adhesión terapéutica mediante la terapia grupal; como parte del tratamiento integral

Hipótesis nula: El paciente vertiginoso independientemente de la etiología del vértigo no mejora su sintomatología, adaptación a la vida cotidiana y adhesión terapéutica mediante la terapia grupal: como parte del tratamiento integral

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes con síntoma de vértigo que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México con disponibilidad para acudir a la terapia grupal semanal, en el área de Psicología.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Vértigo sin resolución completa posterior a tratamiento médico
- Vértigo de difícil control.
- Vértigo crónico
- Vértigo posterior a tratamiento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Deterioro cognoscitivo
- Depresión grave
- Poca tolerancia a la frustración
- Personalidad psicopática
- Psicosis
- Coeficiente intelectual limítrofe
- Criterios diagnósticos de (Manual de diagnóstico de enfermedades mentales) DSMIV

De la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 23 pacientes con el síntoma de vértigo quienes acuden de forma regular a las sesiones de la clínica de vértigo en un tiempo comprendido de 1994-2000

A todos los pacientes se les aplico el Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) , aproximadamente cada 4 meses.

A todos los pacientes se les realizó resumen clínico, estudios de audiometría tonal y logaudiometría, ENG y en caso de ameritar, estudios de imagen TC ó RMN. E historia clínica psiquiátrica.

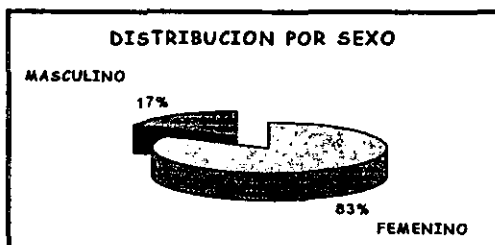
Además se aplicaron tres preguntas sencillas acerca de su evolución con respecto al síntoma de vértigo.

La duración de la terapia es de 90 minutos una vez a la semana en la que participan un promedio de 15 a 25 pacientes donde se incluye a familiares.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados 19 (82.6%) fueron del sexo femenino y 4 (17.3%) del sexo masculino.

El promedio de edad fue de 44.9 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 62 con una media de 40. El tiempo de evolución del vértigo tuvo un promedio de 25.3 meses, con una media de 22 meses, tiempo mínimo de un mes y máximo de 48 meses.

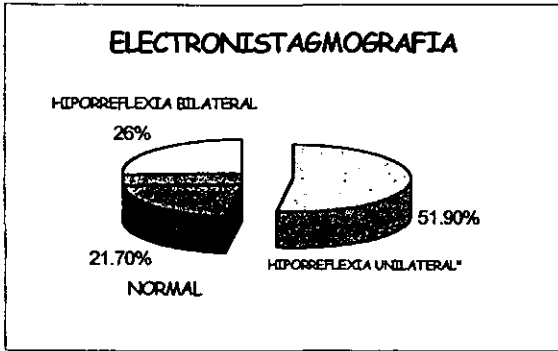


Gráfica 1: Distribución por sexo

En el interrogatorio clínico el síntoma predominante que acompañó al vértigo fue al hipoacusia de 18 pacientes correspondiente al 78% de los casos, unilateral en 14 (60.8%) y bilateral en 4 (17.3%).

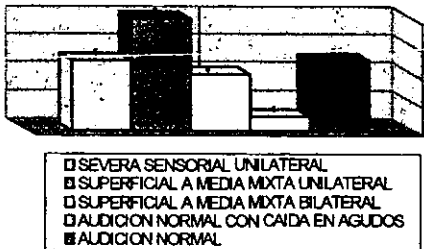
Por audiometría tonal 5 (21.7%) pacientes presentaron hipoacusia severa sensorial unilateral. El 35.1% (8) hipoacusia superficial a media mixta unilateral.

El 17.3% (4) con hipoacusia de superficial a media mixta, y 4.3% (1) con audición normal y caída selectiva bilateral Db en 8Hz y 5 con audición normal bilateral.

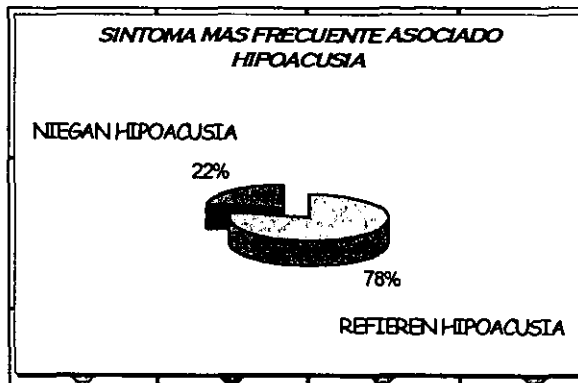


Los resultados de ENG mostraron 12 (51.9%) pacientes con hiporreflexia unilateral, 5 (21.7%) con hiporreflexia bilateral y 6 (26%) ENG normal.

AUDIOMETRIA TONAL



En el 70% de los casos pudo identificarse etiología orgánica, la cual correspondía en la mayor parte a enfermedad de Menière 9 (56.2%) con diagnóstico, vértigo postural paroxístico benigno 5 (31.2%), neuronitis vestibular 1 (6.3%), insuficiencia vertebrobasilar 1 (6.3%). En el resto de los pacientes no se encontró una causa orgánica.



Gráfica 2: Pacientes que referían hipoacusia

ENCUESTA

En la encuesta realizada los pacientes refirieron haber iniciado la terapia con vértigo incapacitante en el (9) 40%, en el resto de los pacientes, el vértigo inicial era de intensidad moderada (14) 60%, y ninguno lo refirió como leve.

INCAPACITANTE: Interrumpe actividades cotidianas o laborales, incluso abandono laboral temporal

MODERADO: Realiza actividades cotidianas, interrumpe durante la crisis de vértigo

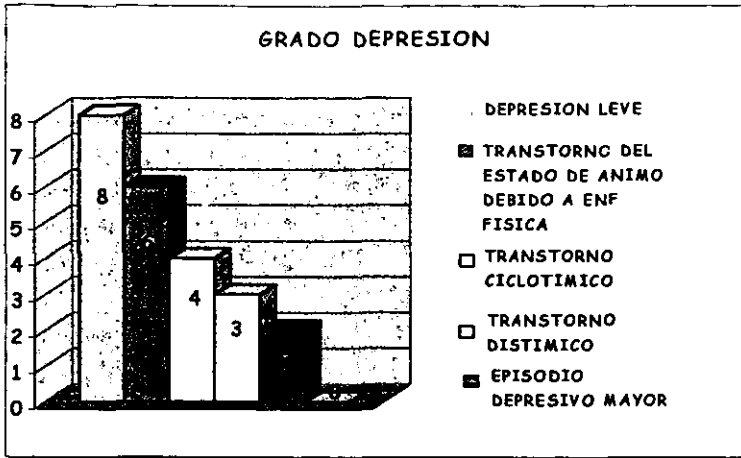
LEVE: se presenta el vértigo sin intervenir en su vida cotidiana

Ninguno de los pacientes refiere haber empeorado con la terapia, 2 pacientes refirieron haber mantenido su sintomatología igual con una estancia en la clínica de 3 meses en ambos.

En 15 (67%) se refirió mejoría con un promedio de 9 meses y tres pacientes

Refirieron desaparición del síntoma, una con tratamiento quirúrgico, uno sin tratamiento, otro con tratamiento sintomático.

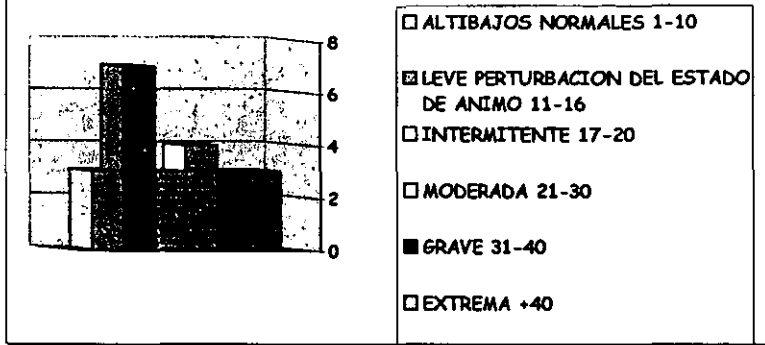
En el 100% los pacientes refieren algún beneficio con respecto a la clínica, para la resolución o mejora del vértigo.



Gráfica 5 Resultados preterapia de grado de depresión

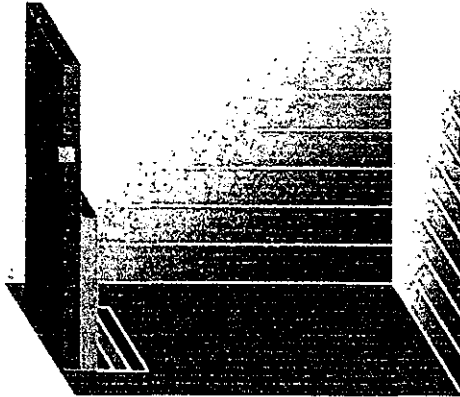
Los resultados en cuanto depresión muestran un predominio de pacientes dentro del rango de altibajos normales y alteración por presencia de enfermedad física. Cinco pacientes dentro de trastornos considerados como meritorios de tratamiento por depresión, ninguno con depresión extrema, o trastorno depresivo mayor.

GRADO DE ANSIEDAD



Grafica 6: Resultado pre terapia de grado de ansiedad

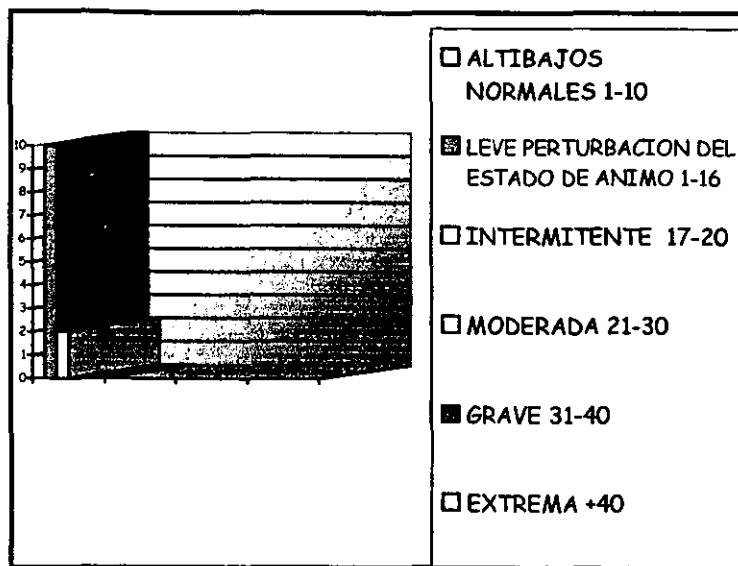
Los niveles de ansiedad de los pacientes se encontró con mayor frecuencia dentro de los altibajos normales, sin embargo tres pacientes calificaron como extrema y cuatro pacientes en ansiedad moderada.



- **DEPRESION LEVE**
- **TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO
DEBIDO A ENFERMEDAD FISICA**
- **TRANSTORNO CICLOTIMICO**
- **TRANSTORNO DISTIMICO**
- **EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

GRAFICO 7. GRADO DE DEPRESION POST TERAPIA

En este gráfico post tratamiento, encontramos a todos los pacientes dentro de altibajos normales y alteración del estado de animo por presencia de enfermedad física.



GRAFICA 8: GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES POST TERAPIA

En esta ultima gráfica de valoración de ansiedad observamos que no se calificó pacientes en los tres últimos rubros, que en la gráfica pre terapia, podíamos observar; como: moderada, grave e incluso extrema.

DISCUSION

El presente estudio se ha diseñado para pacientes que presentan mareo o vértigo. Todos los pacientes han sido estudiados por el servicio de otorrinolaringología y audiología.

El tratamiento de los pacientes se realizó basados en el psicoanálisis, específicamente en la terapia de grupo y en las dinámicas de grupo así como en la teoría de los sistemas.

El grupo de diseño es para pacientes de ambos sexos, con un coeficiente intelectual normal, es un grupo heterogéneo, abierto y sin límite de tiempo.

Los resultados que se han obtenido a través del grupo terapéutico es una adherencia al tratamiento y una alianza terapéutica que les ha permitido permanecer en el grupo durante 4 años sin interrupción, disminuyendo sus síntomas de ansiedad, depresión y vértigo.

Como síntomas asociados descubrimos la presencia de depresión importante en 4 pacientes en los que hay ideación suicida las crisis de ansiedad han sido muy aparentes, llegando a presentar pánico y fobias. El trastorno por somatización ha sido aparente.

Consideramos que el grupo terapéutico es una herramienta útil para pacientes hospitalizados y de consulta externa. Nos permite evitar las largas listas de espera en la atención psicológica de nuestros enfermos.

El grupo favorece una retroalimentación mediante la cual los pacientes viejos enseñan a los nuevos una forma distinta de enfrentarse a la enfermedad.

El compartir el mismo síntoma permite tener una visión en espejo, donde el paciente aprende que su síntoma tiene repercusiones en el esfera emocional pudiendo ser causa o efecto del vértigo.

El paciente con vértigo aprende que el grupo terapéutico es un espacio creado artificialmente para la solución de sus conflictos emocionales y que al analizar sus síntomas estos tienden a disminuir o a desaparecer.

El enfrentarse ante la enfermedad evitando la negación y los descuidos del tratamiento le permiten tener una mejor calidad de vida.

El espacio terapéutico constituye un sistema de comprensión psicológica mediante el cual el abandono emocional o rechazo de los familiares puede ser resuelto mediante la reestructuración de su personalidad mediante el análisis de su conflictos.

Nuestro diseño del trabajo se enfoca como multidisciplinaria donde tanto se resuelve el conflicto emocional como la alteración física mediante el análisis de lo que representa el síntoma.

CONCLUSIONES

La terapia grupal es un tratamiento eficaz para el medio hospitalario

Facilita la sensibilización del médico y la familia en relación con el paciente vertiginoso.

Existe una correlación importante entre vértigo ansiedad y depresión.

La terapia grupal evita la fragmentación del individuo viéndolo como un todo favorece la adhesión a tratamiento.

La terapia grupal ayuda a la toma de decisiones y una mejor adaptación de los síntomas.

Al equipo médico le ayuda a ver de forma integral al paciente

EN LA FAMILIA.

Evita la sobre protección del paciente por los familiares.

Disminuye el monto de agresión del familiar por no saber que hacer con su paciente.

Aprende en que consiste el síntoma y búsqueda de soluciones rápidas.

EN EL EQUIPO MEDICO

Favorece una mejor comunicación médico paciente.

Disminuye la ansiedad que provoca la cronicidad de la enfermedad.

Obtiene conocimiento de los procesos psicológicos y los orgánicos que influyen en la enfermedad.

Favorece la sensibilización del médico en relación con los conflictos emocionales de su paciente.

Obtiene conocimiento que los factores emocionales influyen en la disminución del síntoma.

Aprende que el síntoma es la expresión de un síntoma psicológico inconsciente

BIBLIOGRAFIA

1. Moss R. Et al. Link between psychiatric dysfunction and dizziness. *Lancet* 13. Feb. 1999.
2. Clark Met al. Psychiatric symptoms and distress differ between patients with postherpetic neuralgia and peripheral vestibular disease. *J Psychosom Res* 48 (1): Jan 51-2000
3. Yardley L. et al. Neuro-otological and psychiatric abnormalities in a community sample of people with dizziness: a blind controlled investigation. *J Neurol Nerosug Psichiary* 65:679-84. 1998.
4. Hagnebo et al. Correlates of vertigo attacks in Meniere´ s disease. *Psychother Psychosom.* 67(6): 311-16. 1998.
5. Maturitas et al. Hormonal and psychological treatment therapeutic alternative for menopausal women? 29(3): 203-13.
6. Yardley et al. Relationship between physical and psychosocial dysfunction in Mexican with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scal. *J. Psychosom Res* 46(1) Jan: 63-74. 1999.
7. Nozawa et al. Et al. Psychosomatic aspects of patients complaining of dizziness or vertigo orthostatic dysregulation. *Auris Nasus Larynx* 25 (1) Jan: 33-8. 1998.

8. Andersson G et al. Stress and symptoms of Meniere's disease: a time-series analysis. 43 (6) Dec:595-603. 1997.
9. Sawada S. et al. Antidiuretic hormone and psychosomatic aspects in Meniere's disease. Acta Otolaryngol suppl 528: 109-12. 1997.
10. Nozawa I. et al. Psychosomatic aspects of healthy young women orthostatic dysregulation Clin Otolaryngol. 21(3) Jun: 222-5. 1996.
11. Kapfthammer H. Et al. Course of illness in phobic postural vertigo. Acta Neurol Scand 95 (1) Jan:23-8. 1997
12. Irvin D. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. 2da ed. FCE 1986.
13. Oosterveld et al. Piracetam en el vértigo. Pharmacopsychiat. Supl. 32:55-59. 1999.
14. Khun A. Et al. Vértigo y su interpretación psicológica. An ORL. Mex. 39 (3) 1994.
15. Suzuki A. Et al. Relation between vertigo and migraine. Rev. Mex. ORL. 41 (2):76-81.1996
16. Caovilla H. Et al. Tratamiento del vértigo por medio de rehabilitación física. An ORL Mex. Supl 6. 39(4). 1994
17. Baccari A. Aspectos psicológicos del paciente con vértigo. An ORL Mex. Supl 6, 39 (4) 1994.
18. The spectrum of vertigo in children. Arch Otol Head Neck surg. 121: 911-15. 1995.

19. Weber P et al. Enfermedad de Ménière. Clinicas de Norteamérica. Vol 6. 1997.
20. Goodhill. El oído.. Capítulos I y XI. Editorial Salvat. 1986.
21. Ross B. Las bases biomédicas de la depresión. Prensa médica 1986.

**SEPTIEMBRE 2000
ENCUESTA DE VERTIGO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

1. ANTES DE ACUDIR A LA CLINICA DE VERTIGO, PODIA CONSIDERAR SU VERTIGO COMO:

- a) INCAPACITANTE (impedía realizar sus actividades cotidianas o trabajo).
- b) MODERADO (podía realizar sus actividades pero tenía que interrumpirlas en los períodos de vértigo).
- c) LEVE (la presencia de vértigo no alteraba sus actividades cotidianas)

2. Durante sus estancia en la clínica, considera que el vértigo:

- a) Es peor.
- b) Se mantiene sin cambio
- c) Ha mejorado
- d) Ha desaparecido

3. CONSIDERA QUE LA CLINICA LE HA DADO ALGUN BENEFICIO

- a) SI
- b) NO

MENCIONE POR FAVOR EL TIEMPO QUE HA ESTADO EN EL GRUPO

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Edad: 28 años

Nombre: Cynthia Lidia Mendez

Fecha: 21-10-2008

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro (a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico (a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>