

01941 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**IMPACTO DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA
CONDUCTUAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES CON TRASTORNOS VERTIGINOSOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA
Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN
INSTITUCIONES**

P R E S E N T A:

MARIA DEL PILAR MORALES TLAPANCO

COMITE DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS (ASESOR)

MTRO. JORGE R. PEREZ ESPINOZA

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

SINODALES: LIC. LUZ MA. SOLLOA GARCIA

MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA

MEXICO, D. F.

2001

295078





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*CON TODO MI CARIÑO Y AGRADECIMIENTO A MIS PADRES, HERMANOS Y MIS
QUERIDOS HIJOS... CINTHIA Y MARCOS.*

AGRADECIMIENTOS

En la realización de metas siempre es indispensable contar con diferentes soportes, desde los académicos, los institucionales y los motivacionales, por mencionar algunos.

En primer término agradezco a todos mis **profesores y compañeros**, tanto de la Licenciatura como de la Especialidad por haber compartido conmigo sus enriquecedoras experiencias, ya sea en lo académico, en lo clínico o en lo ampliamente humano. Asimismo, a mi alma mater, la ENEP Iztacala y a la Facultad de Psicología de la UNAM, de donde es un honor ser egresada.

Mi crecimiento profesional posterior, sin duda alguna, se lo debo en gran medida a la Institución a la que pertenezco hace más de quince años, el **Instituto de la Comunicación Humana**, en donde he encontrado sobradas razones de pertenencia, desarrollo y agradecimiento. De manera especial al Dr. Francisco Hernández Orozco, nuestro Director, todo mi agradecimiento.

A través de mi experiencia con **pacientes vertiginosos**, que data de cinco años, he conocido algunas de las reacciones que genera el ser humano al enfrentarse a la enfermedad física y su implicación en el ámbito psicológico y familiar. Al ser la mayoría de ellos pacientes mujeres, he podido ampliar a través de nuestros diferentes grupos, mi propio concepto de género. A todos ellos y ellas, mi mejor esfuerzo.

En el trabajo cotidiano del manejo de grupos contar con la presencia de la **Psic. Marilupe Medina Sañudo**, ha sido fuente de contagio de su espontaneidad y frescura que la caracteriza, haciendo siempre el trabajo más ligero y placentero. Ha sido una suerte contar contigo.

Finalmente, a mi amigo y coterapeuta en este trabajo y durante toda la experiencia con vertiginosos, el **Mtro. Samuel Jurado Cárdenas**, quién ha sido elemento fundamental para el desarrollo de esta línea de investigación, dada su inteligencia, capacidad de organización, creatividad y constancia. Mil gracias por todo tu apoyo para la realización de este trabajo. Todo mi agradecimiento y afecto.

INDICE

RESUMEN.....	6
1.-INTRODUCCION.....	7
2.-PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	9
2.1.- Aplicaciones.....	10
2.2.- Estado Actual.....	13
3.- DEFINICION Y CARACTERIZACION DEL VERTIGO.....	15
4.-PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	22
5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
6.-JUSTIFICACION.....	36
7.-OBJETIVO.....	38
8.-HIPOTESIS.....	38
9.-VARIABLES DEPENDIENTES.....	39
10.-VARIABLES INDEPENDIENTES.....	39
METODO.....	39
Sujetos.....	39
Escenario.....	41
Aparatos e instrumentos.....	41
Tipo de Estudio	43
Diseño Experimental	43

Procedimiento.....43

RESULTADOS.....46

DISCUSION Y CONCLUSIONES.....51

BIBLIOGRAFÍA.....56

IMPACTO DE LA TERAPIA COGNOSCITIVO CONDUCTUAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNOS VERTIGINOSOS.

RESUMEN: El presente estudio descriptivo tuvo como objetivo evaluar posibles cambios en la calidad de vida de los pacientes con trastornos vertiginosos tratados a través de una terapia cognoscitiva conductual. Se diseñaron dos fases, en donde en la primera se estudio el impacto de la terapia en la sintomatología vertiginosa, depresiva y ansiosa; mientras que en la segunda fase se estudió nuevamente el impacto en la sintomatología vertiginosa pero también en diferentes aspectos de la calidad de vida en general. Para ello, en la fase 1, se reunió una muestra de 20 personas adultas con sintomatología vertiginosa diagnosticadas por médicos especialistas del Servicio de Otoneurología de Instituto de la Comunicación Humana (InCH) y en la fase 2 una muestra de 11 sujetos con las mismas características. Con la finalidad de cuantificar los posibles cambios se valoraron los niveles de sintomatología vertiginosa, de ansiedad, depresión y calidad de vida, a través de diferentes instrumentos validados y estandarizados en población mexicana. En la primera fase se aplicó pre-postest del Cuestionario de Sintomatología de Vértigo y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Finalizada esta primera experiencia y con la intención de ampliar la caracterización de la muestra, así como identificar con mayor precisión los efectos del tratamiento en relación a la calidad de vida, en una segunda fase, se realizaron tres aplicaciones del Cuestionario de Sintomatología de Vértigo y el Cuestionario de Salud SF36. El manejo terapéutico se realizó con un tratamiento psicológico teórico-práctico grupal basado en un paquete de técnicas cognitivo-conductual (control respiratorio, relajación autogénica, terapia racional emotiva y entrenamiento en solución de problemas) exactamente igual para ambos grupos. La duración del tratamiento fue de diez sesiones a razón de una vez por semana. Los resultados obtenidos fueron los siguientes. En la Fase 1 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la Escala Sintomática de Vértigo y en los Cuestionarios de Ansiedad y Depresión de Beck al finalizar la etapa de tratamiento, con los siguientes valores: para la Escala Sintomática de Vértigo $t=4.8$ con 19 gl $p<.000$, para la Escala de Depresión de Beck $t= 5.38$ a 19 gl $p<.00$ y para la Escala de Ansiedad de Beck $t= 5.8$ con 19 gl $p<.000$. En la Fase 2 los puntajes de la Escala Sintomática de Vértigo y de la Escala SF36 se analizaron a través de un análisis de varianza, con modelo de medidas repetidas, encontrando los siguientes resultados en las evaluaciones sucesivas: ESV se encontró $F= 151.023$ con 2 gl $p<.000$. Para el SF 36 se encontró $F=3.346$ con 2 gl y $p<.08$. Estos resultados indican el abatimiento de la sintomatología vertiginosa a través del tratamiento desarrollado, aún cuando habrá que analizar los resultados en relación a los diferentes diagnósticos, ya que los valores obtenidos en las evaluaciones sucesivas con el SF36 se encuentran sesgados en relación a un diagnóstico específico, por lo que habrá que continuar investigándose esta variable. Por otro lado, todos los participantes, en ambos grupos manifestaron haber experimentado mejoría sintomática. Los resultados alientan la continuidad de esta línea de investigación.

1.- INTRODUCCION

Las diversas disciplinas vinculadas a la salud, defienden actualmente la concepción del hombre como un ser biopsicosocial. Derivado de ello, la psicología ha cobrado especial relevancia en el manejo de los elementos inherentes a ella dentro de los múltiples problemas de salud, trascendiendo los límites de la llamada Salud Mental.

Es así como a partir de los años setenta, surge la Psicología de la Salud, desarrollando importantes esfuerzos para establecer esta forma de abordaje en las actividades de sus profesionales vinculados al ámbito de la salud. Bajo este enfoque, la salud se considera, no solo como la ausencia de enfermedad, sino un concepto integral de bienestar físico, psíquico y social. Con esta base, resulta evidente la necesidad de apuntalar los aspectos psicológicos, desarrollando un nuevo modelo de salud que asuma esta perspectiva y establezca lineamientos específicos de intervención, validada científicamente.

Para ello, el modelo de la Psicología de la Salud ha implementado 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, tomando como base contribuciones del análisis experimental de la conducta y la terapia conductual, áreas estrechamente vinculadas con las ciencias básicas y la investigación orientada a la intervención terapéutica (Blanchard, 1982)

Los factores que definen los elementos básicos de este nuevo modelo, son descritos por Latorre (1994), enfatizando el concepto de salud como un derecho social básico, sin limitarlo a los aspectos médicos, subrayando que la conducta puede constituirse en un elemento de riesgo, por lo que al modificar ciertos comportamientos se puede reducir este elemento.

De este modo, la Psicología de la Salud tiene como objetivo identificar la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor,1986), es decir es un campo dentro de la psicología que implica a los factores psicológicos de la salud y la enfermedad. Es así como los psicólogos de la salud están interesados en los aspectos alusivos a su área de la promoción y mantenimiento de la salud, y de estudiar la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Con esta base, el presente trabajo se plantea la intervención institucional, desde el ámbito psicológico en un problema específico de salud: los trastornos vertiginosos, desde el enfoque de Psicología de la Salud, integrando la clínica y el rigor científico y no sólo cambios subjetivos. Uno de los objetivos fundamentales del presente trabajo es contribuir a la progresiva integración de nuestra disciplina en el campo de los Servicios de Salud, desde una perspectiva interdisciplinaria.

2.- PSICOLOGIA DE LA SALUD

Este capítulo tiene como fin proporcionar al lector una visión panorámica de la forma en que la Psicología de la Salud surgió como un nuevo campo de aplicación de la ciencia. Al mismo tiempo presenta una descripción general de trabajos realizados dentro de ese marco de referencia, que le han venido dando sustento teórico/experimental.

Los antecedentes de la Psicología de la Salud se ubican con el desarrollo de la Medicina Conductual, orígenes que se pueden rastrear en una conferencia realizada en la Universidad de Yale a principios de 1977, donde se definió de la siguiente manera:

"La Medicina Conductual es el campo interesado en el desarrollo del conocimiento de la ciencia y técnicas conductuales relevantes para el entendimiento de la salud física y enfermedad y en la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se incluye a la psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias en tanto contribuyan a los trastornos físicos como un punto final"

Paulatinamente, este concepto se amplía incluyendo los diferentes enfoques de intervención psicológica en los problemas de salud, dando inicio a un nuevo campo de aplicación a la que se llamó Psicología de la Salud, definida como:

"la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud,

enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias " (Matarazzo, 1980).

Con ello surge una nueva forma de estudio de la salud-enfermedad que supera a la medicina psicosomática ya que explica fenómenos psicológicos como la adherencia, así como las diferentes variables conductuales que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y la salud.

De esta manera, esta nueva disciplina aporta elementos para la prevención, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad a través de medios psicológicos.

Resumiendo, la Psicología de la Salud es el campo de la psicología dedicado al entendimiento de las influencias psicológicas sobre la forma en que la gente se mantiene saludable, el por qué la gente se enferma y cómo responde cuando enferma, cómo actúan para estar saludables y cómo para superar las enfermedades, por ello se interesa en la promoción y mantenimiento así como la prevención y tratamiento de la enfermedad.

2.1.-Aplicaciones

En términos generales se puede decir que los tipos de intervención realizados en Psicología de la Salud caen dentro de alguna de las siguientes categorías:

- Intervenciones para modificar una conducta abierta o respuesta fisiológica que en si 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 adherencia a los tratamientos prescritos.
- Intervenciones para modificar conductas o respuestas que constituyen factores de riesgo para enfermedades.

Las subareas que se derivan de las antes citadas son:

- i. 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 directa o indirectamente relacionados con algún estado de enfermedad.
- ii. Aproximaciones conductuales al tratamiento de enfermedades.
- iii. Factores conductuales asociados con la etiología y/o prevención de enfermedades.
- iv. Estudios fisiológicos sobre la modificación de factores de riesgo; estilos de vida; modificación y desarrollo de estilos de vida relacionados con la salud.
- v. Estudios relacionados con la modificación y mantenimiento de la conducta que promueva la salud.
- vi. Secuelas psicológicas de la enfermedad.
- vii. Factores psicosociales implícitos en la rehabilitación.
- viii. Estrategias de afrontamiento relacionadas con la enfermedad crónica.
- ix. Estudios de adherencia a las prescripciones médicas.

Derivado de lo anterior, se ha trabajado con este enfoque diferentes problemas de salud, de los cuales describiremos los más representativos.

La falta de adherencia a las prescripciones médicas es un problema frecuentemente observado. El estudio de este problema ha permitido detectar que su ocurrencia se relaciona con la comprensión y

habilidad para recordar detalles del régimen de tratamiento, la satisfacción con la atención recibida y con los prestadores de Servicio. Otras variables involucradas en este fenómeno se relacionan con: ver al mismo médico en diferentes visitas, contar con un médico que actúe de manera cálida y empática, y la presencia de efectos colaterales alarmantes, secundarios al tratamiento. Por otro lado, está perfectamente indentificado que mientras más complejo sea el régimen terapéutico, menor será la adherencia.

La enfermedad de Reynaud es un padecimiento que consiste en la vasoconstricción de los dedos de los pies y de las manos, en respuesta a estímulos fríos y en ocasiones a estímulos emocionales, lo cual provoca que se experimente frialdad en las extremidades. En este caso, la Psicología de la Salud trabaja la Bioretroalimentación Autogénica para lograr el incremento de la temperatura de la piel.

Es ampliamente conocido que fumar es un factor de riesgo en problemas cardiovasculares, el cáncer del pulmón, boca, esófago, enfisema pulmonar, bronquitis y obstrucción crónica del pulmón, por mencionar algunos. El efecto depende de la dosis de nicotina y el riesgo se elimina lógicamente dejando de fumar, hábito culturalmente asociado a sensaciones placenteras, por lo que trabajar aspectos psicológicos dirigidos a revalorar, tanto supuestos culturales como factores de personalidad, resulta de gran utilidad en el tratamiento del tabaquismo (McCoy, Gubbns, Reis, Gerrard, Luus y Von Wald, 1992).

Asimismo, el abuso en el consumo de alcohol es un factor de riesgo para accidentes laborales y de tráfico, disminución en la capacidad productiva, incrementa probabilidad de delitos violentos así como coadyuvantes de disfunción familiar. Asimismo, tiene un papel fundamental en padecimientos como: cirrosis hepática y cáncer. Por ello, la intervención integral que impacte los aspectos emocionales y de

personalidad que generan la adicción y violencia son de fundamental importancia.

Por otro lado, es del dominio público, que la obesidad, la personalidad tipo "A" y la hipertensión son factores de riesgo para la salud, a las cuales están claramente asociados factores psicológicos relacionados con la actitud hacia la enfermedad, el estilo de vida y los factores culturales, por mencionar algunos, generadores de ataques cardíacos, infartos, secundarios a factores genéticos y ritmo de vida altamente estresante.

Debido a que la revisión detallada de las aplicaciones a cada uno de los diferentes problemas abordados por la Psicología de la Salud no es el objetivo del presente trabajo, sólo citamos aquellos claramente estudiados, aún cuando existen algunos otros, a saber: trastornos neuromusculares, manejo de ansiedad, hipertensión arterial, agudeza visual, dolor de espalda baja, dolor crónico, dismenorrea primaria, insomnio, hábitos y conducta saludable, leucemia infantil, dolor de cabeza tensional, tortícolis espasmódica, diabetes, asma, bruxismo, vómito crónico y trastornos gastrointestinales (Kaptien, 1990, Matarazzo, 1980. Miller, 1983, Surwit, Williams y Shapiro, 1982).

El potencial para un avance significativo se ha centrado en la integración de la experiencia biomédica y conductual en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud/enfermedad, especialmente si reconocemos que la industria de la publicidad mediante la propaganda sistemática, genera necesidades que en ocasiones, inducen conductas no saludables.

2.2.- Estado Actual

Habrá que señalarse que el efecto en el paciente de los diferentes tratamientos depende, en mayor o menor medida, del manejo del especialista, del cómo se generó la molestia y desde luego de los rasgos

de personalidad y culturales del enfermo. De esta manera, cuando el individuo percibe amenaza en su bienestar físico o psicológico, la respuesta habitual, es el estrés, manifestándose fisiológicamente mediante la alteración y/o modificación de tensión muscular, tasa cardíaca, respuesta de la piel, presión sanguínea, respiración y liberación de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) y cortisol (hormonas de las glándulas suprarrenales) (Kaptien, 1990).

Otras áreas de reciente atención y estudio son aquellas en las que las personas se enfrentan a factores estresantes extremos. Tal es el caso de las situaciones de combate, bombardeos aéreos, terremotos, inmigración a un ambiente social y físico radicalmente diferente, cambios sociales rápidos en el mismo ambiente, desorganización social, pertenencia a grupos con estatus social y costumbres marcadamente diferentes, ocupaciones tales como controladores de tráfico aéreo y cambios drásticos en la vida, tales como la pérdida de la pareja (Blanchard, 1982).

Se están empezando a realizar estudios que demuestran cómo una intervención conductual sofisticada comunitaria puede reducir los factores de riesgo (Blanchard, 1982).

A continuación haremos una breve caracterización de los trastornos vertiginosos, así como de los efectos físicos y emocionales en el paciente.

3.- DEFINICION Y CARACTERIZACION DEL VERTIGO

El vértigo es una sensación que trastorna el equilibrio del paciente y que se define como una *"alucinación estresante de rotación en la que parece que el mundo gira en relación a la persona o bien que la persona siente que su cabeza da vueltas en un ambiente estático"* (Cawthorne, 1945, citado en, Fewtrell y O'Connor, 1988).

Cualquier alteración en el equilibrio involucra un cambio en el sentido de la relación espacial, que se hace evidente a través de una sensación subjetiva, que con frecuencia el individuo que lo experimenta es incapaz de describir con exactitud. El vértigo como síntoma acompaña a una gran variedad de síndromes, los cuales hasta el momento, reciben únicamente atención médica, aún cuando en general, requieren de una intervención interdisciplinaria. Este síntoma debe diferenciarse del desvanecimiento, que es una sensación de mareo que no está acompañada de rotación y del mareo mismo que se asocia a la sensación de estar en el mar o bien flotando. El vértigo puede producirse como resultado de una amplia gama de trastornos, donde se incluyen las alteraciones en la fisiología normal del sistema propioceptivo (de manera especial de los ojos y el oído), del sistema estatocinéptico, del cerebelo o de la corteza cerebral, por anomalías en el sistema nervioso central, en el sistema periférico del equilibrio, por problemas metabólicos, vasculares, traumatismos, e inclusive psicológicos (Corvera, 1978). Por lo tanto para fines diagnósticos resulta importante valorar clínicamente y con diferentes estudios, su posible origen, ya que de ello dependerá tanto el tratamiento como el pronóstico del caso.

La disciplina abocada al diagnóstico y tratamiento de los padecimientos del equilibrio es la Otoneurología, la cual realiza diversos estudios buscando el origen del problema, iniciando con una historia clínica específica, el examen de los pares craneales, prueba dedo-nariz, prueba de movimiento

alternante rápido, signos de Romberg y Tandem, así como estudios sofisticados como la electronistagmografía, el test posturográfico y las pruebas rotatorias (Ballantyne y Groves, 1982).

Existen numerosas enfermedades en las que aparece el vértigo, una de las que más se enfatiza en la literatura especializada es la enfermedad de Meniere, en la cual aparecen ataques de vértigo bruscos con náusea o vómito y en la mayoría de los casos se acompaña de zumbido de oído, sensación de presión en el mismo y una hipoacusia fluctuante con incapacidad de discriminar sonidos (Stanley, 1983). Con relación a este padecimiento, existe una popular hipótesis partidaria del origen psicósomático (Fowler y Zeckel, 1952), aún cuando se han desarrollado estudios que han fracasado en asociar sistemáticamente el estrés con los síntomas de este síndrome (Crary y Wexler (1977), por lo cual esta relación aún no está del todo confirmada. Sin embargo, existe una clara relación concurrente entre la aparición del mareo, de manera específica, y el estrés, aunque también se señala que existen patrones individuales de conducta (Anderson, Hagnebo y Yardley, 1997). Por otro lado, el mal de Meniere está también asociado con ataques de pánico y agorafobia.

Otro padecimiento común es la neuronitis vestibular en la que el vértigo se presenta de manera súbita, sin trastorno acústico, remitiendo generalmente a corto plazo, siendo su origen un tanto oscuro, aún cuando se asocia con infecciones virales o bacterianas. Por otro lado, el vértigo postural paroxístico benigno que se caracteriza por episodios de nistagmo y vértigo asociado a cambios en la posición de la cabeza, sin presentarse náusea, vómito o sordera (Zollner y Fritz, 1973), su origen es desconocido para las mitad de las personas que lo padecen, mientras que para la otra mitad se debe a procesos degenerativos o golpes en la cabeza que afectan el oído interno (<http://www.teleport.com/-veda/bppv.html>)

El vértigo puede presentarse también con otros padecimientos tales como epilepsia, esclerosis múltiple, eventos vasculares, tumores, aumento en la presión intracraneal, trastornos metabólicos, o herpes zoster ótico (Ballantyne y Groves, 1982).

Dada la gran diversidad etiológica de los trastornos vertiginosos, diversas disciplinas médicas, como la Medicina en Comunicación Humana, la Audiología, Otorrinolaringología y la Neurología, han estudiado este fenómeno, realizando importantes avances en cuanto su diagnóstico y tratamiento (Corvera, 1978; Brand, 1991). Sin embargo, es claro que el aspecto emocional del paciente reviste singular importancia, ya que la sensación de pérdida en el control del equilibrio adquiere con frecuencia una connotación psicológica, por ello el presente trabajo estudia este aspecto, con miras a apoyar y consolidar un tratamiento interdisciplinario.

La literatura científica especializada que ha abordado este tema reporta que, además de los factores biológicos inherentes al vértigo, existen elementos psicológicos que juegan un papel importante en el mantenimiento de este problema. Las consecuencias psicosociales que a menudo se desarrollan a partir de este padecimiento, pueden describirse como: restricción general de las actividades rutinarias en el hogar, en el trabajo y de esparcimiento y su impacto sobre las relaciones sociales, en especial sobre la familia directa (Yardley, Tood, Lacoudraye Harter, e Ingham, 1992; Yardley, 1994; Grigsby y Lee, 1989; Clark, Sullivan, Katon, Russo, Fichl, Dobie y Voorhess, 1993).

Las respuestas de estrés están asociadas a los trastornos vertiginosos, es así como, Yardley (1994), señala que las personas que padecen vértigo experimentan hiperventilación, ansiedad, temor a no poder afrontar una posible situación social embarazosa y temor anticipatorio a sufrir una enfermedad física grave. Síntomas muy similares a los experimentados por las personas que sufren trastorno de pánico,

además de haber probado que la depresión y la ansiedad se encuentran estrechamente relacionados a este padecimiento. Por lo cual la autora sugiere que dado que la terapia cognitivo-conductual ha sido efectiva para eliminar los ataques de pánico, podrían ser de utilidad para el tratamiento del vértigo, convirtiéndose además en un complemento al tratamiento médico.

Clinicamente es frecuente observar que los pacientes presenten cambios en el pensamiento y modo de actuar, que los hace generar sus propias reglas para evitar el vértigo, es decir, deciden evitar movimientos físicos, doblarse, girar, voltearse, por ello, se mueven lentamente, se apoyan en las cosas, tratan de ocultar su problema a otras personas e incluso evitan salir solos, percibiendo al vértigo como algo amenazante. A menudo es atribuido a causas siniestras y se asocia con la muerte, trastornos mentales, incapacidad física y se vive con sentimientos de desesperanza. Lo anterior trae como consecuencia falta de confianza, cambios de personalidad, frustración, ansiedad y depresión.

Otros estudios han encaminando sus esfuerzos a encontrar evidencia sobre aspectos tales como la despersonalización, frecuentemente asociada a la epilepsia, la depresión y la esquizofrenia (Fewtrell y O'Connor, Hallam, Beyts y Hinchlife, 1988), la posible conexión con ataques de pánico (Swinson, y cols., 1993), así como con aspectos emocionales (Jakes, 1988, Sullivan, Clark, Katon, Fischl, Russo, Dobie y Voorhees, 1993). En cuanto al diagnóstico psicológico se ha encontrado dificultad debido a que los síntomas que se presentan son muy semejantes a los experimentados por pacientes con agorafobia, con trastorno de pánico o algún otro trastorno psiquiátrico (Swinson, Cox, Rutka, Kerv y Kuch, 1993).

Otro aspecto importante para estudiar son las reacciones frente a la enfermedad y su relación con situaciones culturales, en este sentido, Yardley (1998) realizó un estudio analizando las diversas formas de afrontamiento de los pacientes con mareo, en relación a las causas y el control de sus síntomas.

Encontró que las respuestas prototípicas, basadas en la descripción de los pacientes respecto a su padecimiento, se encuentran interrelacionadas con tres elementos, a saber: la sensación de indefensión, la incapacidad física y el desconocimiento general de las causas del padecimiento, por lo que se desarrolla una actitud dependiente hacia el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, los intentos de afrontar los síntomas se dirigen a reducir la actividad en un intento de esconder sus síntomas, desarrollando un papel pasivo de "buen paciente", mostrando resignación. Finalmente, los resultados encontrados en este estudio indican que existe una acepción general de que, este tipo de trastornos se vinculan únicamente a la enfermedad física como un asunto puramente médico, por lo cual se considera inadecuado entablar acciones independientes en relación al problema, desarrollando una actitud de dependencia hacia el tratamiento médico.

Por lo anterior, y basados en el hecho de que en nuestro país no se ha desarrollado un tratamiento que involucre la atención interdisciplinaria y ante la posibilidad de incorporar el tratamiento psicológico como un servicio más de los que brinda el Instituto de la Comunicación Humana, se dió inicio a una línea de investigación sobre este trastorno.

Por ello, Jurado, Morales y Medina (en prensa) realizaron un estudio exploratorio con el objetivo de determinar la existencia de un perfil psicológico en este tipo de pacientes, así como, hacer un sondeo de la posible efectividad de las técnicas cognoscitivo-conductuales sobre la sintomatología vertiginosa. En dicho estudio participaron, en su primera fase, 20 personas a quienes se les aplicó una batería de pruebas psicológicas. En la fase experimental 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 sesión, en las instalaciones del INCH. Cada uno de los grupos fue sometido al siguiente procedimiento: enseñanza teórica práctica de Control Respiratoria, Relajación Muscular por Tensión-Relajación,

Terapia Racional Emotiva enfocada a descatastrofizar el vértigo y Técnica de Solución de Problemas. Con el objeto de confirmar la existencia de ansiedad y depresión con el vértigo se aplicaron los inventarios estandarizados de Ansiedad y Depresión de Beck, encontrándose diferencias significativas en puntajes pretest-postest de ansiedad ($z = -2.9003$, $p < .05$) y de depresión ($z = -2.2228$, $p < .05$). Igualmente se realizó un análisis para las diferencias de puntajes reportados por los participantes antes y después de las sesiones de tratamiento con 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 fue menor al nivel alfa ($< .05$), lo cual permitió rechazar la hipótesis nula y afirmar que el tratamiento cognitivo-conductual tenía efecto sobre la sintomatología vertiginosa, sin encontrar tendencias significativas relacionadas con los aspectos de personalidad.

En seguimiento al estudio anterior, Morales, Medina y Jurado, (1998), con el propósito de evaluar el impacto del paquete de técnicas cognitivo-conductuales en la sintomatología vertiginosa, replicaron el diseño experimental del estudio previo pero esta vez incluyendo un grupo control. El contraste de puntajes de los grupos control y el experimental mediante la prueba de Wilcoxon, mostró diferencias significativas para los reportes de intensidad (Chi cuadrada= 26.1, 5 gl, $p < .0001$), duración (Chicadrada= 25.1, 5 gl, $p < .0001$) y frecuencia de los síntomas de vértigo (chi cuadrada= 18.90, 5 gl, $< .001$). Igualmente los participantes manifestaron haber experimentado mejoría según el reporte verbal del bienestar subjetivo. Aun cuando los resultados no eran generalizables, indicaron ser promisorios y alentaron la continuidad de esta línea de investigación.

Posteriormente Martínez (1998), evaluó la eficacia de la terapia racional emotiva y de la técnica de respiración diafragmática, en la sintomatología vertiginosa, encontrando que con la primera si se encuentran diferencias significativas después del tratamiento ($u = 4.0$, $p < 0.0260$), mientras que con la

respiración diafragmática, evaluando promedios globales no se aprecian diferencias significativas, sin embargo se establece la necesidad de ampliar la investigación en este rubro valorando el impacto de las diferentes técnicas, tanto en forma individual como en paquete .

Por otro lado, dada la importancia de evaluar la relación entre los aspectos físicos de la enfermedad y los psicosociales, Yardley, Medina, Jurado, Martínez y Villegas (1999), llevaron a cabo el estudio transcultural, entre población británica y mexicana, de la Escala Sintomática de Vértigo, en donde se evalúa, por un lado el problema en el equilibrio y por otro, la ansiedad somática y el incremento de respuestas autónomas en pacientes con problemas de mareo y vértigo. En este estudio se evaluó la estructura, confiabilidad y el poder discriminativo de la traducción al español de la escala antes mencionada, administrándola en población mexicana con una muestra de 172 pacientes y 40 sujetos control. Se encontró en ambas subescalas adecuada discriminación entre los sujetos de la muestra y los sujetos control, y también diferencias entre pacientes del grupo y su clasificación según los diferentes diagnósticos. El patrón de intercorrelación entre síntomas, ansiedad, depresión e incapacidad en la muestra mexicana fue casi idéntica a la observada en la muestra en el Reino Unido, en donde se desarrolló y estandarizó el instrumento.

Dado que el encuadre terapéutico elegido para el presente trabajo es la psicoterapia de grupo, a continuación realizaremos una breve reseña, señalando los enfoques más representativos.

4.- PSICOTERAPIA Y PSICOTERAPIAS DE GRUPO

Como lo hemos señalado antes, en la experiencia que ahora describimos, se eligió la psicoterapia de grupo para el abordaje de pacientes con trastornos vertiginosos, por tener el sustento teórico y clínico que la hacen idónea para el trabajo institucional así como para atacar las características psicológicas secundarias en estos padecimientos que obstaculizan su tratamiento, por ello detallaremos en el presente capítulo los conceptos básicos de la psicoterapia, las psicoterapias de grupo y sus diferentes aproximaciones.

El concepto de psicoterapia ha ido evolucionando a través del tiempo, comprendiendo en un inicio aspectos definitorios que señalan su derivación del área médica. En la actualidad, sin embargo, las definiciones engloban aspectos psicológicos con relación a la metodología particular, la finalidad que persigue, su procedimiento, así como la formación específica del especialista que la realiza.

Wolberg (1954) la define como “... *una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, en la que una persona formada previamente, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el fin de remover, modificar o detener los síntomas existentes, corregir los tipos de conducta perturbados y promover una maduración y desarrollo positivos de la personalidad*” (citado en Manrique, 1982, pag.19).

Es así como se han desarrollado diversos métodos psicoterapéuticos, derivados algunos del psicoanálisis ortodoxo, otros de la tecnología conductual y desde una aproximación grupal, el psicodrama de Moreno, la terapias familiares y las psicoterapias de grupo.

El psicoanálisis como terapia y modelo de conocimiento ha seguido desarrollándose como una teoría general del funcionamiento psíquico, manteniendo un profundo respeto por la individualidad de los sujetos. Al igual que Freud, los actuales psicoanalistas consideran que esta terapia es la herramienta más poderosa con la que se cuenta para lograr autoconocimiento y liberación del sufrimiento, así como un cambio estructural de la personalidad .

Esta terapia implica una relación de confianza con el terapeuta durante el curso de la cual el paciente hace consciente los conflictos inconscientes que influyen en sus dificultades o problemas emocionales reviviendo episodios de su historia personal con el terapeuta. Generalmente el paciente asiste a sesiones dos o tres veces por semana y relata a su terapeuta, recostado en un diván todo aquello que se le venga a la mente (lo que se conoce como libre asociación, regla principal del tratamiento), permitiendo de esta manera que emerjan aspectos de su vida emocional que son inconscientes y por lo tanto no accesibles por medio de otros métodos de observación. Mientras el paciente habla, surge material respecto a los aspectos inconscientes en ciertos patrones de conducta repetitivos, en temas que el paciente tiene más dificultad para expresar como la sexualidad, por ejemplo, siendo elemento fundamental de trabajo la forma en la que se relaciona con el analista, es decir la relación trasfereencial.

El analista ayuda a elucidar este material al paciente quien lo refina, corrige, rechaza y añade a nuevos pensamientos y emociones. Durante el tiempo que dura el análisis el paciente afronta estas interpretaciones analizándolas una y otra vez esclareciendo sus emociones en relación a lo que le ocurre, experimentándolo en su vida diaria, en sus fantasías y en sus sueños.

Es así, como paciente y psicoanalista unen sus esfuerzos no sólo para modificar estilos de vida y remover síntomas sino expandiendo las posibilidades del paciente hacia un mayor autoconocimiento.

Con este tipo de intervención, los pacientes generan cambios en sus patrones de conducta, relaciones con otros y autoevaluación de una manera profunda y duradera, teniendo el inconveniente de ser un tratamiento costoso y a largo plazo.

Es importante hacer notar que el psicoanálisis al igual que cualquier otra forma de psicoterapia están enmarcadas dentro de una teoría y una técnica surgida de ésta.

En el caso de la teoría psicoanalítica, se parte del supuesto de la existencia de conflictos internos desconocidos para el sujeto llamados por ello inconscientes, cuya influencia se ve reflejada en las emociones, actitudes, conductas y forma de relacionarse con los demás.

El psicoanálisis establece como criterio de recuperación la nueva aproximación del paciente para establecer relaciones interpersonales significativas y satisfactorias que le permitan experimentar una mejor intimidad así como el logro de la independencia interior y la liberación de temores y ansiedades.

Por otro lado, existen las psicoterapias de orientación analítica, a largo plazo y aquellas consideradas breves. Estas últimas se abocan a la comprensión psicodinámica de los determinantes de la vida cotidiana del sujeto, siendo estas condiciones, no sólo aquella *“constelación de vínculos interpersonales que constituyen el grupo primario del paciente, sino además de sus condiciones de vivienda y perspectivas de futuro, las tensiones de su grupo social, su cultura particular, prejuicios, mitos y otras formas de conciencia alienada”* (Fiorini, 1990 p. 23).

Desde esta perspectiva, la terapéutica se enfoca al fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto, lo cual hace que se le tipifique dentro de las terapias “del yo”, teniendo como objetivo el robustecer la

capacidad adaptativa, de discriminación y rectificación del sujeto (Fiorini, 1990). Por otro lado, para constituirse como una opción breve se trabaja focalizando el esfuerzo terapéutico, lo cual determina el elemento esencial de su eficacia.

Es claro, por lo anterior, que desde esta perspectiva el terapeuta tiene un papel flexible, que le permite pedir y emitir información, determinar las operaciones del encuadre, intervenciones de esclarecimiento, señalamiento y confrontación e interpretaciones que arrojen luz sobre los conflictos subyacentes, aún cuando desde este enfoque no se realizan interpretaciones transferenciales ni se provocan regresiones, ya que la periodicidad del proceso no lo permite.

En resumen, la técnica se dirige a *“favorecer la comprensión de una situación global a partir de lo vivido en el presente, profundizando en el aquí y ahora”* (Fiorini, 1990) dando esas experiencias el pretexto que permite incidir en el “allá y entonces” que generó el conflicto.

Por otro lado, una psicoterapia puede ser de apoyo, es decir, tener la finalidad de disminuir o remitir los síntomas clínicos favoreciendo así la homeostasis del sujeto. O bien, constituirse en una psicoterapia de esclarecimiento, la cual además de los objetivos antes mencionados, promueve una constante autoobservación que permita la comprensión de actitudes y conflictos ligados a los síntomas. Para ello, resulta indispensable entablar una relación de indagación que haga posible mapear los aspectos significativos entre la situación actual y los síntomas.

Desde esta óptica, se pretende establecer un proceso de aprendizaje sin promover la regresión transferencial, por ello el papel del terapeuta es de participación activa y espontánea, que permita dar fluidez al proceso, teniendo una función esclarecedora que fomente la comprensión de aquella situación

“foco” identificada previamente, donde la intención es canalizar este nuevo conocimiento hacia las reparaciones interpersonales en la vida cotidiana del individuo, ya sea pasada o actual.

Recapitulando, las psicoterapias de esclarecimiento tienen como objetivo la mejoría sintomática así como lograr un manejo más discriminado de los conflictos basados en la autoobservación que fomenta. La función específica del terapeuta resulta definida principalmente como docente, siendo activo y participante y la relación con los pacientes puede ser discretamente cercana (Fiorini, 1990).

Existe por otro lado la psicoterapia grupal, que al igual que la individual, tiene como objetivo ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar problemas emocionales, pero mientras que en la terapia individual el paciente se encuentra solamente con su terapeuta, en la terapia grupal se reúne un grupo de personas y con uno o dos terapeutas. La terapia de grupo se enfoca en las interacciones personales y la forma de compartir tanto los problemas como las habilidades enseñadas por los terapeutas, dando apoyo y contención para lograr el desarrollo personal de cada uno de sus miembros. Los terapeutas del grupo escogen previamente a los candidatos para que sean sujetos que puedan beneficiarse ampliamente de esta clase de terapia y que al mismo tiempo puedan influenciar positivamente a los demás miembros del grupo.

La psicoterapia grupal puede ser definida como la: *"Reunión de un grupo de personas con uno o más terapeutas, con el objeto de mejorar aspectos vivenciales de los sujetos que la integran mediante diferentes maniobras, constructos teóricos y la utilización por parte del líder, de las interacciones de los miembros que la conforman para conseguir un cambio"* (Yalom, 1986).

También puede ser definida como *"cualquier intento, por parte de una o más personas para*

modificar la conducta de, por lo menos 2 o más sujetos reunidos en grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un cerco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo" (Hollander y Kasaoka, 1988).

Esta terapia funciona a través de compartir con los demás miembros del grupo la vivencia en común a un trastorno, uno de los participantes habla acerca de sus experiencias durante la semana compartiendo sus emociones y pensamientos respecto a lo que le ha ocurrido y los demás miembros del grupo exponen sus comentarios, brindándole apoyo, a través de alguna crítica, sugerencia o bien hablando de sus propios problemas.

En las terapias no directivas, los temas de discusión no son escogidos por los terapeutas sino que surgen espontáneamente entre los miembros del grupo mientras que en las terapias grupales cognitivo-conductuales, los terapeutas tienen un programa que intenta cubrir las estrategias que se darán a trabajar a los pacientes para afrontar mejor su problemática.

De esta forma, los miembros del grupo sienten que no están solos con su problema y que hay otras personas a quienes le ocurren cosas parecidas. El grupo se convierte para ellos en fuente de apoyo y fortaleza, asimismo la información que sus compañeros les comparten acerca de su conducta y emociones le ayudan a darse cuenta de los estilos de conducta mal adaptativos que presentan y como puede cambiarlos.

Se espera que los miembros del grupo acudan de manera puntual semanalmente a sus sesiones y que la información propia y de los demás miembros del grupo sea confidencial. Regularmente, las sesiones de

grupo se llevan a cabo a lo largo de 3 o 6 meses, estableciendo un contrato terapéutico, en donde mientras mayor participación tengan los miembros del grupo tanto compartiendo sus experiencias como apoyando con sus comentarios a sus compañeros, mejores resultados en cuanto a esclarecimiento y modificación de las propias conductas y emociones tendrá.

Generalmente, participan en los grupos entre 5 y 15 sujetos para poder crear una atmósfera en donde se tenga el tiempo suficiente para que cada uno de los miembros del grupo pueda hablar y sea escuchado por los demás. Las sesiones duran en promedio entre 1:30 a 2:00 horas.

Las ventajas de este tipo de psicoterapia son las siguientes, el terapeuta puede observar las interacciones de los pacientes y darles información relevante al respecto, tiene la posibilidad de examinar los sistemas de creencias de cada uno de los pacientes y su relación con las conductas y estados de ánimo, mientras que los pacientes, reciben apoyo del grupo, desarrollan la sensación de padecer algo en común con los demás, comparten vivencias y estrategias, lo que es ideal para aprender a relacionarse de diferentes formas, y se les brinda un contexto seguro en el que se pueden poner en práctica nuevas conductas.

De manera específica, la psicoterapia de grupo de orientación analítica se ha definido en términos de tres puntos fundamentales: 1) son grupos que se apoyan en la comunicación verbal, 2) cada miembro individual es el objeto del tratamiento y 3) el grupo mismo es el principal instrumento terapéutico (Fulkes, 1964).

Dentro de esta comunicación verbal se promueve que el grupo, en lugar de tener una conversación convencional logre una "*libre discusión flotante*" que es el equivalente a la asociación libre del psicoanálisis (Fulkes, 1964).

Este material que se produce es comentado y analizado por el grupo, de tal forma que también este proceso es susceptible de ser estudiado. Por lo anterior, la discusión no solo es analizada en sus términos manifiestos, sino también en sus aspectos latentes, lo que permite al terapeuta ubicar e incidir en los focos de conflicto, así como identificar los puntos compartidos por el grupo.

El estudio de las terapias de grupo ha permitido identificar diferentes factores curativos. Yalom (1986), considera once elementos, a saber: infundir esperanza, la universalidad de los problemas humanos, brindar información general sobre el conflicto, conocer el altruismo en los semejantes, la recapitulación correctiva al interior del grupo de lo aprendido en el grupo familiar primario, el desarrollo de técnicas de socialización, el desarrollo de conductas de imitación, el aprendizaje interpersonal, la cohesión del grupo, la catarsis y reconocer factores existenciales básicos (reconocer que la vida es a veces injusta, enfrentar problemas básicos de la vida y la muerte, aprender a hacerse responsable de la manera de vivir y que nadie puede librarse de las penas de la vida ni de la muerte).

Con relación al proceso de selección se sugiere que se contemplen datos demográficos como edad, sexo, religión, medio socio-económico, nivel de inteligencia, nivel escolar, estado civil, etc. Asimismo, puede ser un grupo abierto o cerrado, en donde en el primero, dentro del contrato terapéutico se especifica la posible incorporación de nuevos miembros al grupo así como la posibilidad de dar de altas, mientras que en la segunda ninguna de estas posibilidades existen y en general hay un planteamiento inicial en cuanto a la duración del proceso terapéutico

Desde otro enfoque, la terapia cognitiva, es el modelo psicoterapéutico que sostiene que hay una realidad externa objetiva que es sólo aproximada ya que el sujeto construye activamente su realidad

subjetiva con sus propio sistema de información (Rimm y Masters, 1981).

Los sujetos no sólo copian el mundo circundante y sus experiencias sino que las perciben, asimilan y elaboran con un significado personal.

Este tipo de terapia, asume que el sujeto genera procesos de pensamiento que representan o asignan un significado a lo que se vive. Estos procesos de pensamiento se llevan a cabo de acuerdo a ciertas características de predisposición innata, experiencias previas que han tenido influencia en el patrón de pensamiento, así como las experiencias actuales. Por lo tanto, las emociones como en el caso de la depresión no se da unicamente debido a las situaciones que el sujeto experimenta sino por la forma en que las concibe.

Este aspecto del modelo teórico de la terapia cognitiva se resalta especialmente al paciente haciéndole notar que en sus relaciones interpersonales, existen diferentes formas de ver una misma situación ya que cada quien construye y elabora su propia realidad.

En el proceso psicoterapéutico se trabaja con los procesos de pensamiento de los pacientes haciendo notar los principios en los cuales está basada.

Un principio fundamental se refiere al hecho de que las cogniciones o procesos de pensamiento son los responsables de los estados de ánimo. El término cognición hace referencia al modo en el que un sujeto ve las cosas: sus percepciones, actitudes mentales y creencias así como a la forma en la que se interpretan las cosas, esto es, lo que la gente se dice a sí misma sobre algo o alguien.

Otro principio de esta terapia plantea que los pensamientos negativos contienen grandes distorsiones, y aunque en principio parezcan válidos, ya que bajo este enfoque la distorsión se basa en percepciones inexactas de la realidad.

Para Beck (1979), uno de los más importantes representantes de esta corriente, la terapia cognitiva es *"un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas tales como la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc."*

Bajo este encuadre, el terapeuta es directivo y maneja sus intervenciones hacia las áreas problemáticas que presenta el paciente. Beck resalta los puntos básicos de este tipo de intervenciones que son los siguientes:

1. La terapia cognitiva se basa en los procesos de pensamiento de los trastornos emocionales.
2. Es un modelo educativo a seguir.
3. Se basa en un esfuerzo conjunto entre el paciente y el terapeuta.
4. Es breve y de tiempo limitado.
5. Es necesaria una buena relación terapéutica.
6. Es estructurada y directiva.
7. Se orienta hacia los problemas que presenta el paciente en el aquí y ahora.
8. Está basada en el método científico.
9. El trabajo que se deja en casa para que los pacientes desarrollen es parte fundamental del proceso de autoconocimiento y aprendizaje de sí mismos que los ayuda a lograr cambios en el estado de ánimo.

El principal objetivo de este tipo de terapia es lograr lo que se conoce técnicamente como *"reestructuración cognitiva"* debido a que, a menudo, los sujetos tienden a observar y recordar con más facilidad los aspectos negativos de sus experiencias de vida y a que interpretan lo que les ocurre de una forma negativa, el trabajo del terapeuta es enseñar a los pacientes a poner a prueba sus pensamientos negativos mediante la mayor cantidad de información respecto a su vida señalando aquellos aspectos positivos o neutrales de sus experiencias que puedan ser también tomados en cuenta para lograr un proceso de pensamiento más adaptativos que lleva a la disminución en intensidad y frecuencia de los síntomas.

Las intervenciones son específicas y también hacen énfasis en los traumas emocionales profundos que el sujeto haya sufrido en el pasado. La meta es definir el problema específico y abordarlo objetivamente por medio de técnicas tales como:

- Modelamiento. El objetivo a lograr con esta técnica es alterar una secuencia negativa de conducta y aprender nuevas formas de comportamiento. Para ello se utiliza un modelo real o imaginario, la estrategia terapéutica implica aprender a realizar una conducta nueva observando e imitando a alguien que la realiza con éxito.
- Reforzamiento encubierto. Su objetivo es aprender a enfrentarse a situaciones que previamente se evitaban. El método que se utiliza implica asociar la conducta deseada y planteada como objetivo terapéutico como consecuencias agradables para el paciente. La estrategia es que el paciente asocie en la imaginación por medio de la guía del terapeuta la conducta meta con consecuencias agradables de tal forma que el paciente pueda llevarlas a cabo en la vida diaria.
- Visualización. Se intenta lograr por medio de la imaginación y la relajación que el paciente reduzca la tensión, elimine el dolor físico, pueda recuperarse de una situación difícil o evento traumático y se

plantee metas y objetivos. El terapeuta utiliza la creación de imágenes dirigidas a lograr en el paciente cambios en la dirección deseada. La estrategia que se sigue implica enseñar al paciente a relajarse y que posteriormente pueda entrar en un estado de atención centrado en sustituir recuerdos e imágenes negativas por imágenes placenteras que posteriormente puedan ser empleadas por el paciente en la vida diaria. El planteamiento general de este tipo de terapia implica que el cambio en la conducta de los pacientes les llevará a una disminución en la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Finalmente la Terapia Cognitiva-Conductual es el enfoque en el que se trabaja con procesos de pensamiento así como el cambio en la conducta combinando estrategias terapéuticas para su modificación. En términos generales se trabaja brindando información al paciente sobre la terapia y su pertinencia, se enseña al paciente tareas de auto-observación y registro de pensamientos, manejo de técnicas conductuales, entrenamiento en la identificación de cogniciones o pensamientos, creencias e ideas subyacentes. Esto es combinar técnicas conductuales con procesos cognitivos.

Desde este enfoque se trabaja tanto en el encuadre individual como en el grupal. Es así como, Albert Ellis en 1957, inició la enseñanza de la Terapia Racional Emotiva a través de manuales de autoayuda y artículos dirigidas al público general y para apoyar la terapia individual. De ésta manera, se escribieron un gran número de textos psico-educacionales con un gran éxito. Ya para 1959, se inició con el trabajo grupal con resultados que indican que tanto la TRE como la TCC son eficaces tanto en el contexto individual como en el grupal, encontrándose en éste último la importancia del grupo sobre todo en los trabajos psico-educacionales (Sank y Shaffer, 1993).

Actualmente el entrenamiento en competencias de afrontamiento y la terapia cognitiva-conductual se llevan a cabo en forma de psicoterapia grupal breve, en donde se enseña las diferentes técnicas para

abatir niveles de ansiedad, depresión, estrés y afrontar problemas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, se puede trabajar con el modelo psicoeducacional que se define como: *Un importante y novedoso desarrollo en la psicoterapia contemporánea es la integración de procedimientos puramente educacionales (tales como: temarios estructurados y lecciones planificadas, enseñanza didáctica y ejercicios formales) y técnicas psicológicas (como: modelado, ensayo conductual, feedback y reforzamiento) en los programas psico-educacionales de entrenamiento en competencias* (Upper y Ross, 1980, pag. 1)

Por otro lado, el modelo de afrontamiento, se dirige a *"enseñar al cliente estrategias generales que pueden ser aplicadas no solo a sus problemas actuales sino también a aquellas dificultades que puedan surgir en el futuro, entrenando por lo tanto al cliente para ser su propio consejero"* (Chambless y Goldstein, 1979, p. 234)

En conclusión, aún cuando el trabajo con técnicas conductuales y cognitivas, comenzaron como psicoterapias individuales, actualmente el trabajo en grupos está ampliamente extendido, debido a que presenta importantes ventajas, en las que podemos citar dos de gran relevancia: la naturaleza de las técnicas favorece un encuadre educacional en donde ayuda el formato grupal, y por otro lado, la exposición de experiencias del grupo enriquece el material de análisis para lograr la conciencia de congniciones inadaptativas.

Para el presente trabajo, hemos elegido las técnicas cognitivo-conductuales para el abordaje clínico y la investigación de su impacto en paciente con trastornos vertiginosos, debido a la tendencia de los pacientes a generar estados de ansiedad, así como la presencia de intensas ideas catastróficas vinculadas a sus síntomas, trabajando en un encuadre grupal, pertinente para su aplicación en instituciones, analizando el efecto del tratamiento, con los cambios en la calidad de vida de los pacientes.

5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base a nuestra experiencia clínica, de alrededor de cinco años, hemos encontrado que aquellos pacientes que cursan con algún problema relacionado con vértigo, mareo, inestabilidad, pérdida de audición y/o acúfeno, desarrollan generalmente algún trastorno emocional secundario vinculado con problemas en el estado de ánimo, de ansiedad o bien trastornos somatomorfos.

El análisis del impacto emocional de la enfermedad en el ser humano acusa cambios en el estado de ánimo, siendo común la presencia de depresión, estados de ansiedad, dependencia de la familia; haciéndose evidente una actitud derivada tanto de factores de personalidad como culturales.

En el caso específico de los trastornos vertiginosos, la literatura especializada reporta que la persona con frecuencia presenta cambios en el estilo de vida familiar, social, y en general en las actividades rutinarias. Como consecuencia de lo anterior el individuo experimenta, según sus rasgos de personalidad, problemas de ansiedad, en el estado de ánimo o bien somatomorfos, por mencionar algunos.

La persona independientemente de su sexo tiene que enfrentar cambios esenciales en sus estilos de vida por lo que inevitablemente la autoestima y el autoconcepto se afectan negativamente, generando pensamientos catastróficos y sentimientos de abatimiento que hacen con frecuencia necesaria la intervención psicológica.

Por otro lado, habrá que valorar los estándares específicos en relación a las actitudes hacia la enfermedad, evaluando pacientes vertiginosos en población mexicana.

6.-JUSTIFICACION

Dado que múltiples problemas de salud como el que se analiza en el presente trabajo, requieren de una intervención interdisciplinaria, la psicología requiere de la construcción de intervenciones clínicas sistemáticas, de tal manera que nuestra disciplina se incorpore a los diferentes equipos de salud con herramientas de trabajo eficientes.

Consideramos importante señalar que el enfoque de la psicología de la Salud brinda el encuadre interdisciplinario que hace posible el trabajo sistemático ya no a nivel multidisciplinario sino interdisciplinario.

Habrà que señalarse que cuando se habla de los especialistas sobre trastornos del equilibrio se identifica a los otorrinolaringólogos, otoneurólogos y psiquiatras, sin citar la intervención del psicólogo aún cuando tenemos diferentes técnicas probadas en el control de reacciones de estrés, que a menudo afectan a los pacientes vertiginosos (<http://vertigo-dizziness.com/english/html/equilibrium.html>)

Por otro lado, habrá que valorar los estándares específicos en relación a las actitudes hacia la enfermedad, evaluando pacientes vertiginosos en población mexicana.

6.-JUSTIFICACION

Dado que múltiples problemas de salud como el que se analiza en el presente trabajo, requieren de una intervención interdisciplinaria, la psicología requiere de la construcción de intervenciones clínicas sistemáticas, de tal manera que nuestra disciplina se incorpore a los diferentes equipos de salud con herramientas de trabajo eficientes.

Consideramos importante señalar que el enfoque de la psicología de la Salud brinda el encuadre interdisciplinario que hace posible el trabajo sistemático ya no a nivel multidisciplinario sino interdisciplinario.

Habrà que señalarse que cuando se habla de los especialistas sobre trastornos del equilibrio se identifica a los otorrinolaringólogos, otoneurólogos y psiquiatras, sin citar la intervención del psicólogo aún cuando tenemos diferentes técnicas probadas en el control de reacciones de estrés, que a menudo afectan a los pacientes vertiginosos (<http://vertigo-dizziness.com/english/html/equilibrium.html>)

Por lo anterior, resulta de fundamental importancia reforzar los trabajos clínicos generando metodologías sistemáticas de intervención en diferentes problemas de salud, poniendo énfasis en aquellos en donde se impacta el estilo de vida del individuo, ya sea de manera temporal o crónica, como pueden ser algunos de los trastornos vertiginosos.

En relación a las actitudes frente a la enfermedad habrá que estudiarse cómo las creencias influyen en los trastornos incapacitantes analizando factores demográficos, así como las ocho escalas que valora el Cuestionario de Salud SF36.

Asimismo habrá que identificar el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana del individuo así como las técnicas de afrontamiento que se utilizan de manera natural y las quejas principales, con la finalidad de implementar estrategias que desarrollen habilidades psicológicas que apoyen los tratamientos médicos, con base a la percepción de la salud y la enfermedad.

Por lo anterior, y con la finalidad de estudiar el impacto del tratamiento cognoscitivo conductual en relación a las actitudes del individuo hacia la enfermedad utilizaremos el Cuestionario de Salud SF36 que evalúa el perfil de salud en base a ocho escalas, mismo que está documentado en más de 750 publicaciones internacionales, y que ha sido construido con la finalidad específica de identificar problemas de salud en poblaciones específicas y comparar resultados de beneficios producidos por diferentes tratamientos (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

7.-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL

El presente estudio tuvo como objetivo general valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la calidad de vida de pacientes con padecimientos vertiginosos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fase 1

1. Valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la sintomatología vertiginosa.
2. Valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la sintomatología depresiva.
3. Valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la sintomatología ansiosa.

Fase 2

1. Valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la sintomatología vertiginosa.
2. Valorar el impacto de la terapia cognoscitiva conductual en la calidad de vida en general.

8.-HIPOTESIS

Hi: Si habrá diferencias significativas en la calidad de vida en un proceso de terapia grupal cognoscitiva conductual.

Ho: No habrá diferencias significativas en la la calidad de vida en un proceso de terapia grupal cognoscitiva conductual.

9.-VARIABLES DEPENDIENTES

Fase 1: Síntomas de ansiedad, depresión, ansiedad somática y sintomatología vertiginosa.

Fase 2: Ansiedad somática, sintomatología vertiginosa y las ocho escalas de SF36, a saber: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

10.-VARIABLES INDEPENDIENTES

Para ambas fases el paquete de técnicas cognoscitiva conductuales que se llevan a cabo apoyados en un manual especialmente diseñado para ello ("Manual de Autoayuda para Pacientes con Vértigo", Morales, Jurado y Medina 1999).

METODO

La muestra se obtuvo entre las personas que asistieron al Servicio de Otoneurología del INCH, donde se remitían al área de psicología debido a que experimentaban sintomatología vertiginosa. El muestreo fue no probabilístico, accidental por cuota.

Sujetos

Para la fase 1 se reunió una muestra de 20 personas adultas con sintomatología vertiginosa diagnosticada por médicos especialistas del Servicio de Otoneurología del INCH.

FASE 1 N=20

<i>DIAGNOSTICOS</i>	<i>NO. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Sin evidencia de Disfunción vestibular	11	55.00%
Laberintopatía Izquierda	1	5.00%
Laberintopatía	1	5.00%
Disfunción Vestibular Derecha	4	20.00%
Disfunción Vestibular	2	10.00%
Síndrome de Arnold Chiara	1	5.00%
TOTAL	20	100.00%

Para la fase 2 se reunió una muestra de 12 sujetos con las mismas características. (Ver tablas 1 y 2 en las que se detallan las características de los pacientes para ambas fases)

FASE 2 N=11

<i>DIAGNOSTICO</i>	<i>NO. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Sin evidencia de Disfunción Vestibular	6	50.00%
Disfunción Vestibular Derecha	2	16.82%
Vértigo Postural Paroxístico Benigno	3	25.00%
Trauma Acústico	1	8.18%
TOTAL	12	100.00%

Escenario

Ambos grupos de trabajaron en la Cámara de Gessel del Servicio de Psicología del InCH, misma que cuenta con dimensiones, mobiliario, iluminación y ventilación, adecuadas para el manejo grupal de los pacientes.

Aparatos e Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el presente estudio fueron: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala Sintomática de Vértigo y el Cuestionario de Salud SF-36.

El **Inventario de Depresión de Beck** es una escala utilizada ampliamente a nivel internacional que mide la severidad de síntomas de depresión, que se divide en tres factores altamente correlacionados, a saber: actitudes negativas hacia si mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática, y que se ha utilizado tanto en muestras clínicas como no clínicas. Para el presente estudio se utilizó el inventario estandarizado para población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

El **Inventario de Ansiedad de Beck**, es un instrumento desarrollado para evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa, sus propiedades psicométricas han sido estudiadas tanto en población general como clínicas, demostrando tener una alta consistencia interna, discriminado aquellos síntomas de ansiedad que son mínimamente compartido con la depresión, por lo que realiza una evaluación más pura en comparación con otras escalas. Diversas investigaciones señalan que los Inventarios de Beck resultan las medidas con mayor validez (Clark y Watson 1991). Para el presente estudio hemos utilizado el instrumento estandarizado para población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez , en prensa).

Por otro lado, la **Escala Sintomática de Vértigo** es un instrumento diseñado para evaluar y diferenciar síntomas de desorden vestibular así como ansiedad somática en pacientes con mareo y vértigo, debido a la intrincada relación entre los síntomas vertiginosos y de ansiedad para evaluar el trastorno, se valora en esta escala tanto los síntomas somáticos reportados por las personas que padecen vértigo, así como las respuestas de ansiedad, pánico, hiperventilación y somatización. Esta escala ha sido traducida a diferentes idiomas. Para el presente estudio se utilizó la escala estandarizada para población mexicana (Yardley, Medina, Jurado, Morales, Martínez y Villegas, 1999).

Finalmente se aplicó el **Cuestionario SF36** que es un instrumento realizado con rigurosidad psicométrica para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, en personas adultas (mayores de 16 años). En términos generales los indicadores de calidad de vida se relacionan con mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Dado que para comparar el estado de salud de poblaciones diferentes se requiere de instrumentos estandarizados, se inició en 1991, un proyecto internacional para evaluar la calidad de vida, llamado "*International Quality of Life Assessment Project, IQOLA*", con la intención de traducir y adaptar un instrumento intercultural, de lo cual derivó se el SF36. Actualmente están incluidos en este en este proyecto más de 40 países. El presente instrumento evalúa ocho conceptos de salud, a saber: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Este es un instrumento de autoaplicación de 36 preguntas y cuyo tiempo de aplicación fluctúa entre 8 y 12 minutos. En este estudio se utilizó la escala estandarizada para población mexicana (Zúñiga, Carrill-Jiménez, Fos, Gandek y Medina Moreno, 1999).

Para acompañar el tratamiento cognitivo-conductual que se llevó a cabo con los pacientes, se desarrolló el "**Manual de Autoayuda para Pacientes Vertiginosos**", en donde se describen todas las técnicas

impartidas durante la terapia de manera sencilla para que cualquier persona, que sepa leer, pueda entender (Morales, Jurado y Medina, 1999).

Durante las sesiones de relajación se utilizó grabadora y cassettes de audio, con sesiones grabadas de respiración y relajación con instrucciones de acuerdo con los tratamientos de relajación autogénica y respiración diafragmática.

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo derivado de diferentes experiencias exploratorias, analizando el impacto de las técnicas cognocitivo-conductuales en pacientes con sintomatología vertiginosa, evaluando para el presente estudio posibles cambios en la calidad de vida, derivados del tratamiento.

Diseño Experimental

Para la fase 1. Un sólo grupo con pretest y postest.

Para la fase 2. Un sólo grupo con tres mediciones.

En la Fase 1 se evaluó el efecto del paquete de técnicas completo, mientras que en la Fase 2 se evaluó las técnicas cognitivas y conductuales por separado, añadiendo el SF36.

Procedimiento

Los requisitos para integrarse a las dos diferentes muestras de este estudio fueron: ser pacientes del InCH, ser mayor de 18 años, presentar sintomatología vertiginosa, contar con los estudios pertinentes de los Servicios de Otoneurología y Audiología, presentar niveles de audición que les permitiera escuchar el lenguaje y no presentar trastornos psiquiátricos.

Una vez canalizados al Servicio de Psicología, se les dió cita grupal, en donde en este primer contacto, se presentó el equipo de coterapia, se le informó los objetivos del tratamiento, se esclarecieron dudas y reticencias comunes a la terapia grupal -incluyendo manejo confidencial de información y la imposibilidad de contagio-, se estableció un contrato terapéutico de diez sesiones semanales de dos horas, con compromiso de asistencia y puntualidad, se les invitó a la compra del Manual y se firmaron cartas de consentimiento para participación en la investigación, de acuerdo con el artículo 100 de la Ley de Salud de S.S. Asimismo se les indicó que estaba abierta la posibilidad de abandonar el mismo en el momento en que así lo desearan. No se les cobró cuota alguna.

Para el grupo de la FASE 1, se aplicaron en la primer sesión cuestionarios de Beck de Ansiedad y Depresión, Escala Sintomática de Vértigo, así como el Cuestionario SF36, mismos que fueron reaplicados en la sesión 10.

Para el grupo de la FASE 2, se aplicaron en la primer sesión Cuestionario de Beck de Ansiedad y Depresión, Escala Sintomática de Vértigo y el Cuestionario SF36, con reaplicaciones en la tercera y décima sesión.

El proceso terapéutico en general, para ambos grupos, consistió en destinar los primeros minutos de la primera sesión para enseñar el tema del día, enseguida se realizaban ejercicios prácticos y posteriormente uno por uno de los pacientes hablaron de sus problemas físicos y emocionales, tanto relacionados con el vértigo como los de su vida cotidiana, y los coterapeutas les apoyaban analizando el material dentro del encuadre de las técnicas aprendidas. También se promovió la participación del resto del grupo para hacer observaciones o retroalimentar a la persona en turno.

En las sesiones 2 y 3 se trabajó el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación autogénica. De las sesiones 4 a la 10 se trabajó Terapia Racional Emotiva y la Técnica de Solución de Problemas invitando a los pacientes a hablar de sus conflictos, identificando ideas irracionales, promoviéndose el cambio terapéutico. Asimismo, se les invitó a hablar de los problemas de su vida cotidiana con la opinión del grupo para favorecer diferentes puntos de vista. Se siguieron las pautas de terapia grupal en un encuadre de coterapia.

En la sesión 10 se llevó a cabo el cierre del tratamiento, realizándose la última aplicación de los instrumentos, asimismo se orientó sobre las posibilidades de continuar terapia en aquellos casos en que se consideró pertinente.

Recapitulando, la única diferencia de procedimiento en ambos grupos consistió en que para la Fase 1 fueron mediciones de pre y post test de los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión de Beck y Escala de Sintomatología Vertiginosa, mientras que en la Fase 2 se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión de Beck, Escala Sintomática de Vértigo y Escala de Salud SF36, aplicados en la primera, tercera y décima sesión.

RESULTADOS

Como se ha mencionado, en la Fase 1, participaron 20 personas, siendo tres hombres y 17 mujeres, con edades entre 17 y 81 años, una media 46.25 y una desviación estándar de 16.86.

En relación a la ocupación, 15% sin ocupación, 40% al hogar, 20% estudiantes y 25% empleados. El estado civil, 30% solteros, 60% casados y 10% viudos.

Con la finalidad de identificar diferencias entre las valoraciones iniciales y finales, se realizó la prueba t para grupos correlacionados para cada escala, donde los resultados fueron los siguientes:

<i>Instrumentos</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Escala Sintomática de Vértigo	T=4.8 19 grados de libertad	P=<.000
Escala de Depresión de Beck	T=5.38 19 grados de libertad	P=<.000
Escala de Ansiedad de Beck	T=5.8 19 grados de libertad	P=<.000

En la fase II se tuvo una muestra de N=12 personas, siendo 1 hombre, 11 mujeres, con una media de 39.25 años y una desviación estándar de 11.63. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala Sintomática de Vértigo y SF36 en tres diferentes momentos del tratamiento, a saber: la primera como línea base, la segunda después de la técnica de relajación autogénica y finalmente, después de la terapia racional emotiva. De este modo, las variables dependientes están definidas por los instrumentos y la variable independiente fué el tratamiento, que consistió en las siguientes técnicas: respiración, relajación autogénica y terapia racional emotiva. El procesamiento de los datos se realizó con análisis Multivariante de Varianza de Medidas Repetidas, para determinar diferencias entre medias de todos los grupos.

Los resultados encontrados en la Escala Sintomática de Vertigo apuntan de manera definida a la reducción de sintomatología (ver gráfica 1), ocurriendo lo mismo en el análisis de los resultados en relación a los diagnósticos (ver gráfica 2). Los resultados encontrados en el análisis de varianza de la Escala de Salud SF36 (ver gráfica 3), presentaron un importante sesgo relacionado al diagnóstico de Cortipatía Degenerativa. (ver gráfica 4). Para el caso del la Escala de Salud SF36 no se realizó el análisis de las subescalas debido a lo limitado de la muestra.

En el análisis de los resultados encontrados en las valoraciones sucesivas de las Escala Sintomática de Vértigo encontramos los siguientes datos:

<i>ESV</i>	<i>Media</i>	<i>N</i>
Sintomática 1	64.42	12
Sintomática 2	43.75	12
Sintomática 3	26.92	12

Para estos datos se encontró una $F= 151.023$, con 2 g.l., $p<.000$, lo cual indica diferencias estadísticamente significativas.

Este mismo análisis empleando la variable diagnóstico, mostró diferencias significativas con un valor de $F=21.32$, 2gl, $p<.000$.

Tabla 1

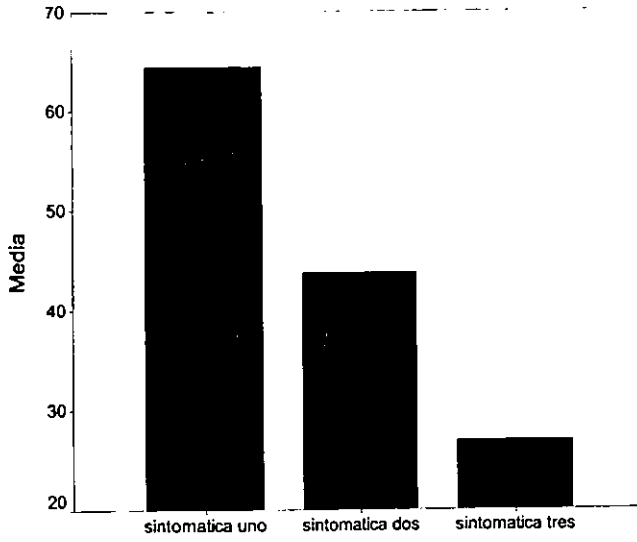


Tabla 2

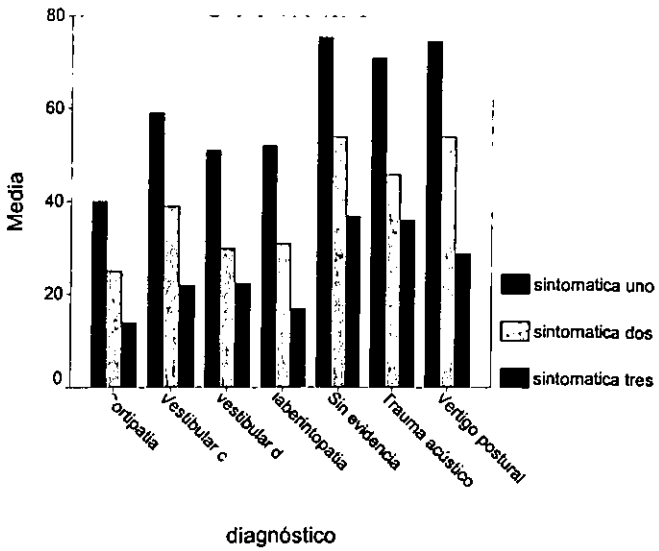


Tabla 3

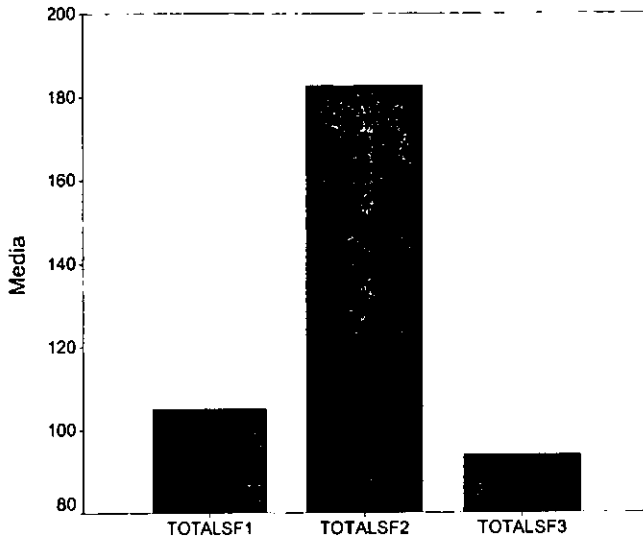
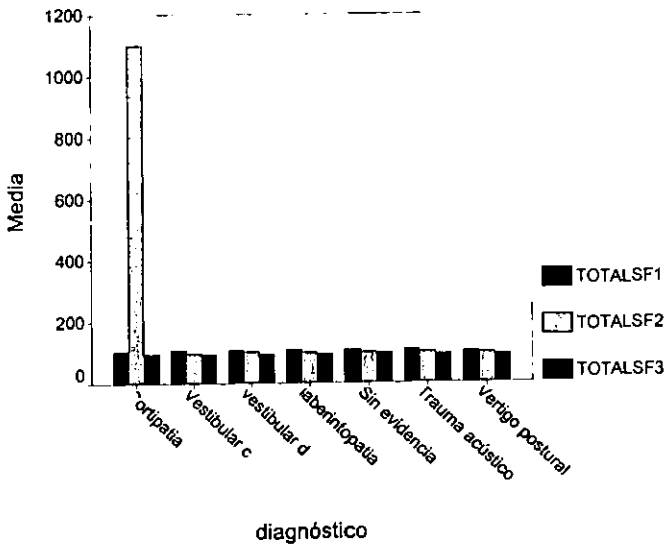


Tabla 4



DISCUSION Y CONCLUSIONES

En general, con base en los resultados obtenidos, se concluye que el tratamiento cognoscitivo conductual si tiene efecto terapéutico estadísticamente significativo en la sintomatología de este tipo de pacientes, mejorando su *calidad de vida*.

En base a los resultados encontrados en relación al SF36 y los diagnósticos de nuestras muestras, hacen necesario subrayar la importancia de la investigación minuciosa en este respecto, por lo que es obligado ampliar la muestra para confirmar estos resultados. En general estos resultados muestran mejoría sustancial en la sintomatología vertiginosa, sin embargo, en cuanto a la SF36 los resultados se sesgan sustancialmente en relación al diagnóstico de cortipatía bilateral, miesmo que tendrá que trabajarse más adelante, sin contar en este momento con una respuesta explicativa de este resultado.

Como ya hemos mencionado, la literatura reporta que los pacientes con vértigo sufren deterioro en sus relaciones sociales, laborales y familiares, ante la presencia del cortejo de síntomas de los trastornos vertiginosos. El presente trabajo confirma este hecho, así como señala la necesidad de dar manejo a las diferentes variables psicológicas involucradas en el proceso de este problema de salud específico, abriendo la posibilidad de mejorar la *calidad de vida* de las personas con este padecimiento, a través de una terapia psicológica de corte cognoscitiva conductual, conjuntada con el manejo médico.

Durante el desarrollo clínico de la presente experiencia, encontramos al igual que lo reporta la literatura, que a este padecimiento se asocian **respuestas de ansiedad y depresión** y que, como resultado del paquete de técnicas empleadas, son factibles de ser afrontadas por el paciente con técnicas de

respiración diafragmática y relajación autogénica. Es decir, ante la sólo posibilidad de la presencia del ataque de mareo o vértigo, el sujeto experimenta sensación de ansiedad y/o depresión, que es necesario enseñarle a afrontar, ya que en términos generales, encontramos al igual que en la literatura, que los pacientes se ubican en una posición actitudinal de indefensión frente a su padecimiento.

Por otro lado, también encontramos que **las ideas negativas** asociadas a este padecimiento, se pueden identificar fundamentalmente como ideas catastróficas, tales como: total descontrol de la vida, sensación de locura, ideas de muerte, pérdida absoluta de la independencia, de la capacidad productiva y creativa, y pérdida de la libido, entre otras. En relación al estado de salud, pudimos apreciar *ideas absolutistas*, en el sentido de "todo o nada", es decir, "si no estoy totalmente sano entonces estoy muy enfermo" o bien "yo debo estar siempre sano". En esta experiencia encontramos, que estas ideas negativas o irracionales, pueden ser atacadas a través de la Terapia Racional Emotiva, enfocándose fundamentalmente a estas dos clases de ideas: catastróficas y absolutistas.

Es así como, los resultados estadísticos y el reporte verbal del bienestar subjetivos de nuestros pacientes, apoyan la hipótesis que sostiene que las técnicas cognitivas conductuales, si bien, no son efectivas para eliminar el trastorno, sí lo son para ayudar a controlar la sintomatología, brindando a las personas las herramientas cognoscitivas y conductuales que los llevan a lograr la sensación de que pueden ejercer algún control sobre su problema, lo cual los aleja de la percepción desagradable de que los síntomas los controlan a ellos, encontrándose indefensos.

El trabajo posterior en esta área deberá conducirse en las siguientes líneas: sistematizar el tratamiento psicológico cognitivo conductual, así como se deberá rastrear comparativamente el uso de medicamentos y el posible efecto de los ejercicios tanto los de Brandt y Daroff como los de Cawthorne-

Coorse (Brandt y Daroff, 1980; Brandt, 1991).

Es importante señalar que no sólo en el presente trabajo, sino con base en las estadísticas elaboradas con los datos de los sujetos remitidos por los especialistas del Servicio de Otoneurología, hemos encontrado que este problema predomina en mujeres, habrá que determinar con precisión las posibles causas o bien los factores de riesgo, para dar intervención idónea.

Por otro lado, es evidente señalar la necesidad de desarrollar sistemas de medición objetivos (autoinformes, escalas o inventarios) para cada una de las técnicas del paquete cognitivo-conductual, basados en el conocimiento pleno del fenómeno así como de las características culturales de nuestra población.

Consideramos muy importante hacer un señalamiento especial en relación a los aspectos cualitativos encontrados durante esta experiencia, vinculados a las vivencias particulares de los individuos y que también fueron trabajados en la terapia analizando sus ideas irracionales y su forma de resolver los problemas de su vida cotidiana, según el encuadre propuesto en el presente trabajo. En las historias de vida de nuestros pacientes encontramos la presencia de alcoholismo en los padres, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, problemas de pareja y problemas en la sexualidad. Aunado al análisis cognitivo conductual de los conflictos emocionales que en el devenir de la terapia aparecieron, se llevó a cabo paralelamente el trabajo analítico con base en los discursos de los diferentes pacientes, de tal modo que, inicialmente se trabajó en el adiestramiento de la técnica con toda la ortodoxia pertinente y una vez que que el entrenamiento se encontraba en el nivel adecuado de conocimiento, se trabajaban también las emociones que de estas experiencias se derivaban, bajo el encuadre de la psicoterapia de orientación analítica.

Aún cuando esta no fué la vertiente fundamental en el trabajo que ahora presentamos, consideramos relevante hacer algunas breves anotaciones al respecto.

Primeramente encontramos que, tal como lo reporta la literatura, la actitud tanto de hombres como de mujeres, es de **pasividad e indefensión frente a la enfermedad**, es decir, pareciera que que en términos generales no se poseen psicológica ni culturalmente reacciones que favorezcan el combate emocional hacia la enfermedad física, de tal manera que la sintomatología vertiginosa vulnera la fortaleza yoica del individuo de forma sustancial.

Como consecuencia de lo anterior, los individuos con este padecimiento, desarrollan en mayor o menor grado, dependencia hacia a la familia para realizar sus actividades cotidianas, que con frecuencia se encuentra exacerbada por la **ganancia secundaria**, es decir, cuando la persona se adhiere al papel de enfermo, mismo que el psicólogo, tendrá que trabajar con firmeza y empatía, de tal modo que se desarrolle en el paciente la autocognición que le permita identificar sus necesidades emocionales para satisfacerlas con mecanismos saludables.

La historia personal de vida, la estructura de personalidad, los aspectos socioeconómicos y culturales así como los factores de género, son sin duda elementos decisivos en el impacto de la enfermedad en el individuo, y son por ende, fundamentales de investigar con profundidad, para la adecuada incursión del psicólogo en el ámbito de la salud.

Por otro lado, el encontrar lo que representa simbólicamente el mareo o el vértigo en los diferentes pacientes, resulta de fundamental importancia, mismo que puede estar relacionado con "perder la

vertical", "perder el piso" o "que te muevan el tapete" y que por ello se trastoque el equilibrio emocional.

Por lo anterior, consideramos que es tarea prioritaria de nuestra disciplina generar instancias que desarrollen una **cultura psicológica alrededor de la enfermedad**, que eleven la calidad de vida de pacientes agudos, crónicos y terminales, así como la proliferación de programas de promoción de la salud y de apoyo a las familias, en donde se trabajen aspectos informativos, aclaratorios y de contención emocional, que favorezcan la aceptación de la salud y enfermedad como situaciones inherentes a la vida humana, así como la adherencia a los diferentes sistemas de diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación que requiera el caso.

Habrá que señalar que aunque los resultados de este estudio no son generalizables, debido al reducido número de participantes, parecen promisorios y alientan la continuidad de esta línea de investigación ya que confirman lo encontrado en el estudio previo realizado por Jurado y cols, (en prensa).

Finalmente, habrá que resaltar la importancia de la incorporación de nuestra disciplina al equipo de trabajadores de salud, no solo a través de la psicometría, la cual tiene un valor innegable, sino también la atención del aspecto emocional vinculado a la enfermedad, factor que debe ser desarrollado desde los niveles preventivos y de tratamiento y rehabilitación. Es así como consideramos que el papel del psicólogo en la atención de problemas de salud y su incorporación en los diferentes equipos interdisciplinarios de las instituciones tanto públicas como privadas, tiene un peso muy importante para la atención integral del paciente y su familia, por lo que habrá que desarrollar activamente tanto programas clínicos como de investigación, instrumentos de medición, talleres informativos y programas preventivos, por mencionar algunos elementos y así incidir en la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Alonso J., Prieto L. Antó M. (1995). La Versión Española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un Instrumento para la Medida de los Resultados Clínicos. Medicina Clínica. Vol. 104, No. 20, Pags. 771-776.

Balis U.G., Wurmser L.y Mc Daniell E.(1978) The Behavioral and Social Sciences and the practice of Medicine, Butterworth Publishers, USA.

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

Bernstein A. D., y Borkovec D.T. (1983) Entrenamiento en Relajación Progresiva. Editorial Desclee De Brouwer, Bilbao, España.

Blanchard B.E. (1982) Behavioral Medicine: past, present and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50 Núm. 6 págs. 795-796

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

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

Brehony A.K. (1979) Marketing and behavioral medicine: a provocative marriage. Behavioral Medicine Advances, Vol. 2, Num. 1, págs. 9-10.

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, Núm. 5, 409-415.

Clark L.A y Watson D. (1991)Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. Journal of Abnormal Psychology, 100, 316-336.

Corvera B. J. (1978) Neurología Clínica. Editorial Salvat Mexicana Ediciones. México.

Cherulink D.P. (1983) Behavioral Research. Assessing the validity of research findings in psychology. Edit. Harper & Row.

Davidson O.P. y Davidson M.S. (1980) Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles. Brunner/Mazel.

D'Zurilla J.T. (1993) Terapia de Resolución de Conflictos. Editorial Desclee De Brouwer, Bilbao, España.

Duer D.J. (1979) Behavioral principles related to preventive health behaviors. Behavioral Medicine Advances, Vol. 2, Núm. 1, págs. 5-8.

- Ellis, A. y Abrahms E. (1980) Terapia racional Emotiva (TRE), Editorial Pax-México, D.F.
- Feist J. y Brannon L. (1988) Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health Wadsworth Publishing Company, USA.
- Fewtrell D.W. y O'Connor K.P. (1988) Dizziness and depersonalization. Advances in Behavior Research and Therapy, Vol. 10, pp.201-218.
- Friedman S.H. y DiMatteo M.R. (1982) Interpersonal Issues in Health Care Academic Press, USA.
- Grigsby P.J. y Lee J.C. (1989) Depersonalization vertigo and Meniere Disease. Psychological Reports, 64, 527-534.
- Grigsby P. J., Lee J. C (1989) Depersonalization Vertigo and Meniere Disease. Psychological Reports, 64, 527-534.
- Holden C. (1980) Behavioral medicine: an emergent field. Science, Vol. 209, 25, págs. 479-481.
- Jakes S. (1988) Otolological symptoms and emotion. A review of the literature. Advances in Behaviour Research and Therapy and International Review Journal, Vol. 10, págs. 59-103.
- Johnston M. J. y Pennypacker H. S. (1993) Strategies and tactics of behavioural research. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Jurado C.S., Morales T. P., y Medina S. M.G. (En prensa) Manejo Cognitivo Conductual de la Sintomatología de Pacientes Vertiginosos. En: FES Zaragoza, UNAM (edit) Líneas de Investigación en Psicología de la Salud, México D.F.
- Jurado C.S., Villegas E., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V., Varela R. (1998) La Estandarización de Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, Vol. 21 No. 3, pag. 26-31.
- Kaptien F. (1990) Behavioral Medicine: Psychological treatment of somatic disorders. Wiley and Sons, Inc., USA.
- Matarazzo D.J. (1980) Behavioral health and behavioral medicine. frontiers for a new health psychology. American Psychologist, Vol. 35, No. 9, págs. 807-817.
- Mc Coy B.S., Gubbons X.F., Reis J.T., Gerrard M, Luus E. y Von Wald S.A. (1992) Perceptions of smoking risk as a function of smoking status. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 15, No. 5, págs. 469-488.
- Miller E.N. (1983) Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic. Annual Review of Psychology, Vol. 34, págs. 1-31.
- Morales P., Medina G., Jurado S. (1998) El Efecto del Tratamiento Cognitivo Conductual en los Síntomas y Bienestar Subjetivo de Pacientes con Problemas de Vértigo. Revista Mexicana de Psicología.

Vol 15. No. 1 Pags. 49-57.

O'Connor K. P., Hallam R., Beyts J, y Hinchliffe R., (1988) Dizzines: behavioral subjective and organic aspects. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 32, 3, págs. 291-302.

Pawlicki E.R. (1979) The integration of the medical professional and the behavioral psychologist: some reflections. Behavioral Medicine Advances, Vol. 2, No.1, págs. 1-2.

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

Prokop K. Ch. y Bradley A.L. (1981) Medical Psychology. Contributions to Behavioral Medicine Academic Press.

Robles R., Varela R., Jurado S., Páez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas.

Sank L., Shaffer C (1993) Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao.

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

Shapiro D., Stoyva J, Kamiya J., Barber X.T., Miller E.N., Schwartz E.G. Biofeedback and Behavioral Medicine (1979/80) An Aldine Annual.

Snyder K.B., Roghmann J.K. y Siegal H.L. (1993) Stress and psychosocial factors: effects on primary cellular immune response. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 16, No.2, págs. 143-161.

Stanley (1983) Otorrinolaringología. Edit. Manual Moderno, México D.F.

Stuart B.R. (1982) Adherence Compliance and Generalization in Behavioral Medicine Brunner/Mazel, New York.

Sullivan M., Clark M., Katon W., Fischl M., Russo J. Dobie R., y Voorhees R. (1993) Psychiatric and otologic diagnoses in patients complaining of dizziness. Archives of International medicine, Vol. 153, págs. 1479-1484.

Surwit S.R., Williams B.R., Shapiro D. (1982) behavioral approaches to cardiovascular disease. Academic Press.

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, págs 127-129.

Taylor E.S. (1986) Health Psychology Random House, New York.

Tunks E. y Bellissimo A., (1991) Behavioral Medicine: concepts & procedures. Longwood Division,

Allyn & Bacon, USA.

Vander Velde W.F. y Vander Pligt J. (1991) AIDS related health behavior coping protection motivation and previous behavior. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 14, No. 5, págs. 429-451.

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

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

Yarley L., Beech S. ((1998) "I'm Not a Doctor" Deconstructing Accounts of Coping, Causes and Control of Dizziness. Journal of Health Psychology. Vol. 3 (3) 313-327.

Yardley, L. Masson E., Verschuur C., Haacke N., y Luxon L. (1992) Symtpms, anxiety and handicap in dizzy patients:development of the vertigo symptom seale. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 36, No. 8, págs. 731-741.

Yardley L., Medina G., Jurado S., Morales P., Martínez A., Villegas E.(1999) Relationship Between Psysical and Psychosocial Dysfunction in Mexican Patients With Vertigo: A Cross-Cultural Validation of the Vertigo Symtom Scale. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 46. No. 1. Pag. 63-74.

Yardley, L., Todd A.M., Lacoudraye-Harter, M.M., e Ingham R. (1992) Psychosocial Consequences of recurrent vértigo. Psychology and Health, Vol. 6, págs. 85-96.

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

Zúñiga. M., Carrillo-Jiménez T., Fos J. Gandek B., Medina-Moreno R. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36: Resultados Preliminares en México. Salud Pública. Vol. 41, No. 2, Pags. 110-117.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA