



## RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO

Relationship between anxiety disorders and disorders of the inner ear

*Heydy Luz Chica Urzola*

*Médica Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. MSc Neurociencias, Universidad Pablo de Olavide, España. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat*

Correspondencia: [heluchi@aemail4u.com](mailto:heluchi@aemail4u.com)

### Resumen

La ansiedad es un proceso normal adaptativo a circunstancias que generan estrés o representan un desafío para quien la padece y puede tornarse en desadaptativa bajo algunas circunstancias. Como parte del espectro sintomático de la ansiedad, algunas de sus representaciones somáticas se relacionan con equilibrio y oído interno. Con frecuencia se encuentra relación entre la sintomatología neuropsiquiátrica y otorrinolaringológica. Las estadísticas internacionales así lo señalan. En Colombia no hay datos específicos al respecto, aunque se encuentra información de patologías individuales. El abordaje de estos pacientes debe ser integral, y con disposición de la mayor cantidad de información clínica y paraclínica posible según la sospecha diagnóstica y con el paciente, se establecen indicadores de logros reales según el caso. La causalidad o el orden de aparición de la sintomatología entre la eminentemente psiquiátrica y la otológica es variable y en muchos casos parece circular. El ver estos síntomas desde la psiquiatría o desde la otorrinolaringología es un abordaje con frecuencia insuficiente y requiere de la integración de saberes. Con ese fin se han planteado teorías explicati-

vas en varios sentidos e incluso se han adicionado categorías diagnósticas nuevas. El tratamiento es un abanico de posibilidades que incluye la terapia física de acondicionamiento y rehabilitación vestibular, psicoterapia y farmacoterapia, dentro de la cual se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

**Palabras clave:** ansiedad, vértigo, oído interno, trastorno mental, comorbilidad, técnicas de diagnóstico otológico.

**Chica-Urzola H.** Relación entre los trastornos por ansiedad y alteraciones del oído interno. *Rev.Fac.Med.* 2010; 58: 60-70.

### Summary

The anxiety is a normal process adjusts at circumstances that generate discomfort or declares a challenge for who is a victim of it and it can turn in adaptsless in some circumstances. Within of the discomfort indicative of anxiety, some of the symptoms have relationship with balance and inner ear. Frequently it is find relation between the symptomatology neuropsychiatric and otorynologist. International data so show this situation.

In Colombia have not information specific in the matter, although there is information about of individuals pathologies. The treatment of these patients have to be also with at the disposal of great quantity of clinical and paraclinical information according to suspect diagnosis and with the patient it is assessment indicators of real achievement. Income or the order of appearance of the symptomatology between the prominently psychiatric and otologist is up-and-down and appear circular. Look these symptoms since the psychiatry or ORL in a boarding frequently is insufficient and need integration

of knowledge. With that objective have been explained explicatives theories in many senses and also has been added news diagnostics categories. The treatments are a cluster of possibilities that includes the fitting out physical therapy and vestibular rehabilitation, psychotherapy and pharmacotherapy where the use of SSRIs is recommended.

**Key words:** Anxiety, dizziness, balance, inner ear, mental disorder, comorbidity, diagnostic techniques otological.

**Chica-Urzola H.** Relationship between anxiety disorders and disorders of the inner ear. *Rev.Fac.Med.* 2010; 58: 60-70.

## Introducción

Se conoce de tiempo atrás que la ansiedad es parte de la respuesta a una señal de alerta que habilita al sujeto a impedir el peligro o tomar medidas contra él. La ansiedad tiende a ser vaga e insidiosa, a diferencia del miedo, que es dirigido y generalmente abrupto (1).

La ansiedad, patológica o no, presenta cuatro canales de expresión: afectivo, cognitivo, comportamental y somático. Los síntomas configuran en su conjunto un síndrome que se identifica y describe médica y psicológicamente, pero que también es explicado por quien lo padece y busca ayuda para ello, y no pocas veces son médicos no psiquiatras los primeros en conocer de ellos.

Por otra parte, desde el punto de vista clínico el vértigo es un síntoma que puede hacer parte de diferentes tipos de síndromes y cuyo estudio va encaminado a esclarecer su etiología. Sin embargo, el vértigo no es un síntoma específico, pues puede ser de origen central (en el sistema nervioso central), periférico (en el oído), o de difícil clasificación y tratamiento (no puramente centrales o periféricos), y aunque es indicativo de disfunción del sistema vestibular

no es el único síntoma de alteraciones en el oído interno.

Por ejemplo, para el vértigo de origen periférico los diagnósticos sindromáticos y etiológicos pueden corresponder a vértigo paroxístico benigno, neuronitis vestibular, enfermedad o síndrome de Meniere, laberintitis, tumores o síndrome vertebrobasilar, según las características específicas del vértigo y la sintomatología asociada que ayuda a construir el síndrome.

Desde 1992 se ha descrito la relación entre las alteraciones vestibulares y psiquiátricas, es así como se encontró que la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y vestibulares varía entre el 40 y 70 por ciento de los pacientes que consultan a ORL por vértigo, con frecuencia asociada una alteración del sistema nervioso autónomo (SNA) en estos pacientes, la cual requiere ser explorada. Se describió, además, que en la consulta de ORL el trastorno de pánico, con y sin agorafobia, y la depresión mayor, fueron los diagnósticos psiquiátricos más comunes, y se estableció la existencia de una correlación significativa entre la presencia de síntomas vestibulares y la morbilidad psiquiátrica, con ansiedad, percepción de estrés y enfermedad psiquiátrica previa (2).



**Tabla 1.** Frecuencias de uso de servicios de salud por trastornos mentales.

	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastorno del control de impulsos	Trastorno por sustancias	Cualquier trastorno
Médico psiquiatra	2,2	1,9	4,2	1,6	2,1
Otro médico especialista	9,5	6,3	6,2	3,7	6,2
Médico general	5,2	5,6	3,6	0,0	4,1
Servicios sociales	3,7	1,4	2,3	1,5	1,7
Medicina alternativa	3,5	3,9	1,1	1,2	2,5
Total frecuencia de uso	14,2	12,0	13,0	5,3	11,0
Total frecuencia de no uso	85,8	88,0	87,0	94,7	89,0

*Estudio nacional de salud Colombia 2003. República de Colombia, Ministerio de Protección Social, Fundación FES Social, 2005*

## Planteamiento del problema

Dentro de la práctica clínica cotidiana con frecuencia el psiquiatra se ve abocado a participar en el tratamiento de su paciente junto con otras especialidades médicas. En la consulta externa se encuentran pacientes manifestando trastornos especialmente depresivos y ansiosos; de estos últimos, algunos tras una exhaustiva anamnesis y examen clínico físico y mental, requieren tratamiento conjunto entre el eminentemente psiquiátrico y terapias para el sistema vestibular.

De otro lado, la consulta de otorrinolaringología (ORL) muestra con regularidad personas que asisten con tinnitus y vértigo, principalmente, en las que se encuentra un efecto ansioso, por lo que se solicita con frecuencia la valoración por psiquiatría.

Esta actualización tiene por objeto el sensibilizar a los médicos psiquiatras y no psiquiatras acerca de la importancia del trabajo en equipo, la oportuna identificación de comorbilidades y los posibles niveles de intervención multidisciplinarios, aun con especialidades con las que se interactúa poco en forma habitual. Estamos en búsqueda de puntos de encuentro.

## Ansiedad patológica

Si bien la ansiedad resulta un mecanismo natural que prepara el sistema de “lucha y huida” para afrontar una dificultad real, en el mundo actual, en el que las amenazas son diferentes, la ansiedad no siempre es un proceso adaptativo normal y, por el contrario, se torna desadaptativa y patológica.

La primera persona que hizo una descripción juiciosa al respecto fue el Dr. Sigmund Freud, quien acuñó el término “neurosis de ansiedad”, para hacer referencia a esta condición en la cual se encuentra un estado emocional disfórico en el que se presentan respuestas en cada uno de los canales de expresión, descritas como anticipación a un peligro irreal o imaginario (1, 3).

Con el advenimiento de nuevas teorías respecto al funcionamiento de la mente y las diferentes corrientes psicoterapéuticas y farmacológicas, la ansiedad se explicó y se sigue explicando desde diferentes ángulos.

Sin embargo, pese a ser frecuente la presencia de la sintomatología ansiosa clínicamente significativa, no se le da la importancia suficiente por desconocimiento de ella; y porque pese a tras-

tornar la vida quien la padece, no representa una causa importante de discapacidad; o porque se niega la sintomatología por temor o rechazo a ser estigmatizado ante la necesidad de acudir a psiquiatría o psicología, según el caso, se acude entonces a otros médicos o no se consulta (Tabla 1).

## Epidemiología

Las estadísticas dan cuenta de que en EEUU. los trastornos por ansiedad representan el grupo de patología psiquiátrica más prevalente, al considerar que una de cada cuatro personas cumple criterios DSM-IV para cualquier trastorno de ansiedad cada año, con prevalencia en la vida en el 30 por ciento de las mujeres y el 20 por ciento de los hombres (4).

Por su parte, en Colombia, en el estudio nacional de salud de 1993, correspondía casi al 10 por ciento de la población, con relación aproximada de 2:1 entre mujeres y hombres. En el estudio de 1997 se encontraron prevalencias entre el 3 y 4 por ciento para los trastornos por estrés post-traumático, obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada y las fobias (5).

En el informe preliminar del estudio nacional de salud mental de 2003 se encontró que los trastornos por ansiedad son los más frecuentes dentro de los trastornos mentales, con un 19,3 por ciento de prevalencia en la vida, con el 21,8 por ciento en mujeres y 16 por ciento en hombres; los trastornos más frecuentes son las fobias específicas, seguidas por la fobia social, en ambos géneros (6).

En el informe definitivo respecto de los trastornos por ansiedad se halló que en los hombres la posibilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad fue mayor en personas fumadoras o ex fumadoras, con antecedentes de enferme-

dad mental, antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron, nivel de ingreso más alto y con antecedentes de comorbilidad física, la cual no es discriminada (7).

Por su parte, desde el punto de vista de ORL se deduce, según diferentes estudios, que entre quienes reportaron vértigo cerca de dos tercios refieren haber tenido ataques de pánico y uno de cada cuatro cumplían criterios clínicos para el trastorno, con frecuencia alta de comportamiento agorafóbico, debilidad y disfunción ocupacional (8).

Hasta el 42 por ciento de los pacientes con trastorno de pánico tienen anormalidades en su sistema de equilibrio comparado con los controles y adicionalmente se aprecia una relación significativa entre las conductas evitativas o agorafóbicas y la función anormal subclínica del sistema de equilibrio (9).

El 41,9 por ciento de los pacientes con vértigo persistente presentaron alteraciones en las pruebas psiquiátricas y el 83,9 por ciento de ellos recibieron diagnósticos asociados con algún tipo de disfunción vestibular periférica, central, psiquiátrica u otra condición médica, contra 22,2 por ciento de lo registrado en los controles (10).

## Evaluación de los trastornos por ansiedad

Las diversas corrientes académicas han dimensionado la ansiedad desde las ópticas psicodinámica, existencial y biológica; dentro de esta última toman relevancia las teorías de los neurotransmisores, el sistema nervioso autónomo y la susceptibilidad genética. Cada una de ellas plantea su teoría explicativa, herramientas diagnósticas y fórmulas terapéuticas.



El DSM-IV-TR contempla dentro de esta categoría diagnóstica el trastorno de pánico y la agorafobia en sus combinaciones fobias específicas, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés agudo y estrés post traumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad no especificado; y adicionalmente, dentro de otra categoría diagnóstica se encuentra el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso (11).

El diagnóstico de cada uno de estos trastornos se basa clínicamente en la entrevista al paciente, a los acompañantes, cuidadores o familiares. Los pasos a seguir contemplan la correspondencia con criterios diagnósticos descritos, evaluación de posibles causas y comorbilidades, establecer diagnóstico multiaxial y realización de pruebas específicas según la sospecha diagnóstica, para evaluación inicial y de seguimiento.

En cada situación, en tratamiento, independientemente de la orientación académica, psicoterapéutica y pragmática de quien lo dirige, incluye el establecer indicadores de logros en conjunto con el paciente, fijar prioridades y tiempos de evaluación a corto y largo plazo, disponer un programa de psicoterapia y psicofarmacoterapia según sea el caso y definir herramientas de seguimiento.

### **Desde la otorrinolaringología o desde la psiquiatría**

Son múltiples los motivos de consulta en otorrinolaringología; sin embargo, los de mayor relación con la psiquiatría están representados por sintomatología del oído medio e interno.

Dentro de la observación clínica, el vértigo crónico posterior a neuropatía vestibular surge de

forma paralela a sintomatología ansiosa e ideación sobrevalorada catastrófica, situación no siempre evidente o tratada de forma adecuada (12).

De forma semejante, en pacientes con trastorno de pánico, con o sin agorafobia, se ha evidenciado alteración en su examen físico neurootológico. Varias de las alteraciones encontradas corresponden a nistagmos espontáneo en el 67 por ciento; respuesta anormal a pruebas de calor, 56 por ciento; a la posturografía, 32 por ciento, a pruebas rotacionales, en el 35 por ciento; audiogramas a tonos puros fueron anormales en el 26 por ciento y los reflejos acústicos en el 44 por ciento, y seis de ocho pacientes con potenciales evocados auditivos de tronco fueron anormales (13).

El grupo de edad que con mayor frecuencia consulta de forma ambulatoria ambos servicios es el de los adultos, hallándose que el 37,5 por ciento tuvo un diagnóstico psicológico causante o contribuyente a su problema vertiginoso; los trastornos de ansiedad, depresión y adaptativos fueron los diagnósticos más comunes; los trastornos psicológicos son raros como causa primaria pero comunes como contribuyentes o moduladores en personas mayores con vértigo (14).

### **Relación autonómica**

Los pacientes con anormalidades vestibulares centrales o periféricas manifiestan signos y síntomas de disfunción autonómica, presumiblemente por la vía vestíbulo-autonómica y los trastornos de ansiedad han sido recientemente ligados a la disfunción vestibular en un subgrupo de pacientes.

Particularmente la disfunción vestibular se ha relacionado con trastorno de pánico y agorafobia.

bia. Las conexiones vestibulo-autonómicas pueden ser la base para una asociación entre disfunción vestibular y crisis de pánico (15).

### Relación con el oído interno

La ansiedad se caracteriza, desde el punto de vista psiquiátrico, por una serie de síntomas dentro de los cuales aparecen aquellos que atañen al sistema auditivo y del equilibrio, como pueden ser el mareo, el vértigo, el tinnitus, la inestabilidad, entre otros (11).

Con frecuencia se observa en la clínica que, si bien durante las crisis de ansiedad estos síntomas están presentes, en ocasiones son ellos los que desencadenan las crisis. Aparece entonces una condición que, con base en la frecuencia de aparición, es cada vez más vista por médicos no psiquiatras.

En lo concerniente a la literatura mundial, se ha estudiado este tipo de relación con todos los trastornos de ansiedad e incluso otros trastornos mentales como trastornos somatomorfos y la depresión. En un estudio portugués se encontró que los pacientes con vértigo mostraron una alta incidencia de psicopatología especialmente por trastornos de ansiedad; además, trastornos de somatización, comportamientos obsesivo-compulsivos y depresión (16).

Adicionalmente, los estudios comparativos con otro tipo de trastornos psiquiátricos muestran que fueron causa primaria o contribuyente de vértigo persistente en el 40 por ciento de los pacientes con vértigo, con una prevalencia en la vida de 46 por ciento y reciente de 37 por ciento de un trastorno en eje I. Con relación a los trastornos depresivos, la depresión mayor o la distimia revelaron una prevalencia de vida del 23 por ciento, reciente 11 por ciento y los trastornos por somatización del 37 por ciento (17).

Los hallazgos varían desde la asociación evidente entre ansiedad y alteraciones ORL, como anotan Anderson y colaboradores (18): "...Los resultados muestran asociación entre vértigo y estrés mental y emocional...", hasta los controversiales, como estudios adelantados por Stein y colaboradores quienes comentan: "...el trastorno de pánico fue igual de prevalente en pacientes con y sin disfunción vestibular..." (19).

Con relación a la sintomatología específica, en 1994 se observó asociación entre ansiedad y alteraciones en el oído medio. En un grupo de evaluación, el 20 por ciento con vértigo y ninguno con pérdida auditiva, se reportaron síntomas de trastorno de pánico.

Los pacientes con vértigo y vestibulopatía periférica tuvieron más síntomas fóbicos, de ansiedad generalizada y depresión que los pacientes con pérdida auditiva.

Los pacientes con vértigo reportan más ansiedad que los pacientes sin deficiencias neurológicas no vestibulares (20). Situación confirmada años después por Pollak (21).

Así mismo, el trastorno de pánico y la agorafobia han sido asociados con el incremento en la disfuncionalidad de los individuos con problemas vestibulares, con el consiguiente aumento de la dificultad en el tratamiento ante la comorbilidad (22).

Es así como cada vez hay mayor evidencia de que los diagnósticos psiquiátricos son comunes en pacientes con vértigo referidos para evaluación otológica en quienes no se evidencia un trastorno vestibular periférico y que los trastornos psiquiátricos específicos pueden formar parte de los diagnósticos diferenciales en pacientes con vértigo (23).



### Teorías explicativas

Se ha descrito que los trastornos de ansiedad son causa de vértigo en un 33 por ciento; una condición neurootológica dispara un trastorno ansioso o depresivo nuevo en un 33 por ciento; y una condición neurootológica exacerba una condición psiquiátrica preexistente en un 34 por ciento (24). Como dato llamativo, en el mismo estudio se encontró que la depresión no fue causa primaria de vértigo en ningún paciente.

En lo tendiente a trastornos específicos, se confirmó que la disfunción vestibular subclínica, identificada por medio de pruebas clínicas, puede contribuir a la sintomatología del trastorno de pánico y particularmente al desarrollo de agorafobia en pacientes con trastorno de pánico (25).

Los pacientes con disfunción vestibular con frecuencia se quejan adicionalmente de sintomatología típica de trastorno de pánico e hiperventilación quizás relacionado con alteraciones autonómicas (26).

Respecto de las explicaciones brindadas a estas alteraciones, se tienen básicamente tres modelos en discusión, que tienen que ver con la causalidad de las alteraciones y de la comorbilidad (27,28). Éstos son: modelo psicósomático, modelo somatopsíquico y teoría del sistema de alarma.

Tales modelos académicamente se han visto modificados por un sistema de categorías que de igual forma buscan establecer la relación de ocurrencia entre los síntomas psiquiátricos y los relacionados con oído interno, así (29):

Categoría 1: vértigo causado por un trastorno psiquiátrico,

Categoría 2: co-ocurrencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno del equilibrio,

categoría 3: dificultades de afrontamiento con síntomas de equilibrio,

Categoría 4: explicación psicológica: somatopsíquica y psicósomática, y

Categoría 5: relación entre trastorno del balance y ansioso con un trastorno neurológico.

En el marco de esta clasificación aparecen nuevas categorías y descripciones diagnósticas como las detalladas a continuación:

### Vértigo psicogénico

No es infrecuente en la consulta de ORL y se define como aquél que se presenta en el marco de un trastorno psiquiátrico y en el que no hay correlación con anomalías en pruebas vestibulares. Dentro de esta definición se considera al 57 por ciento de los pacientes con vértigo agudo, quienes reportan síntomas ansiosos desproporcionados a la gravedad del cuadro (30). Justamente por lo anterior se han descrito criterios específicos para el vértigo que se presenta como síntoma de un trastorno de pánico. Entre dichos criterios, además de los clásicamente descritos en manuales y categorías diagnósticas como el DSM-IV-TR (11) y la CIE 10 (31), se encuentran (32): eventos adversos en la vida previos al inicio del vértigo, comorbilidad actual con depresión, síntomas vegetativos típicos del pánico, agrupación específica de síntomas y poca evidencia de un trastorno neurológico.

### Factores psicológicos que afectan los trastornos del equilibrio

Con frecuencia las actividades y ambientes específicos desencadenan o aumentan sintomatología relacionada con el vértigo, produciendo un alertamiento ansioso e hiperventilación que pueden amplificar los síntomas somáticos inducidos por el trastorno del equilibrio y a su vez generar

alteraciones cognitivas y en atención pueden influenciar el proceso central de información requerida para la percepción y el control de la orientación. De esta forma se crea un círculo que mantiene el trastorno inicial y su comorbilidad, presente en quien lo padece (33,34).

Se da entonces sentido a estudios que muestran cómo la inestabilidad postural se encontró fuertemente correlacionada con la conducta evitativa agorafóbica; de igual manera, después del control de los síntomas y la cognición fóbica (35).

Frecuentemente se expresan los síntomas de vértigo y desequilibrio crónicos como inexplicables, impredecibles e incontrolables y conduce a problemas psicológicos tales como pánico y ansiedad, preocupación por la salud, evitación de las situaciones que se relacionan con el vértigo (36).

### Abordaje y tratamiento

En primera instancia el abordaje de estos pacientes debe ser multidisciplinario entre médicos generales y especialistas, para el adecuado diagnóstico y remisión, terapeutas conocedores de estas patologías para el debido tratamiento y rehabilitación acorde a éstas.

Los trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos de ansiedad, de somatización y depresivos, por su frecuencia en la población que consulta a ORL, pueden ser incluidos en el diagnóstico diferencial en pacientes con vértigo de larga duración y mayor dificultad en su tratamiento. Es decir, el enfoque interdisciplinario, incluyendo el tratamiento psiquiátrico, puede ser superior respecto al exclusivamente somático (37).

Ya en 1994 se consideró la necesidad del trabajo conjunto en el cual la evaluación psiquiátrica y de síntomas autonómicos puede acompañar más que seguir a la evaluación otológica del vértigo y es-

tos síntomas pueden ser de más importante diagnóstico que la calificación misma del vértigo. Se sugirió además que el tratamiento debe incluir: farmacología, terapia cognitivo-comportamental y rehabilitación vestibular (38).

Desde el punto de vista psiquiátrico hay múltiples estudios mostrando el beneficio de la farmacoterapia y la psicoterapia cognitiva comportamental. Se ha visto que los ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) reducen el vértigo subjetivo crónico en pacientes con y sin comorbilidad psiquiátrica, sin enfermedad neurológica activa, utilizando dosis de sertralina a 100 mg/día (25 a 200 mg/día) (39).

Se ha descrito además el tratamiento con ISRS para tratamiento del vértigo en pacientes con síntomas psiquiátricos, en trastornos vestibulares periféricos y cefalea migrañosa, con mejor tolerancia que las benzodiacepinas y los supresores vestibulares (40,41).

Dado que los trastornos vestibulares y el trastorno de pánico comparten sintomatología, la rehabilitación vestibular desarrollada de forma independiente al tratamiento comportamental para los trastornos de ansiedad presenta grandes semejanzas en cuanto a su concepto e implementación, y en conjunto se obtienen resultados clínicos satisfactorios (42).

Se describe el uso de terapia física vestibular seguida de terapia cognitivo-comportamental para reducción de la dependencia visual y el vértigo que acompaña a la acrofobia y otras fobias específicas relacionadas (43). De igual manera, la terapia física con ejercicios de rehabilitación vestibular pueden beneficiar a los pacientes con agorafobia y disfunción vestibular, dado que ésta mantiene los síntomas agorafóbicos en algunos pacientes (44).



## Conclusiones

No es extraño que dentro de la práctica clínica se encuentren pacientes quienes manifiestan síntomas depresivos y ansiosos que requieren tratamiento conjunto entre especialidades médicas y terapias (45).

La ansiedad, una respuesta natural a una señal de alerta, puede ser desadaptativa y requerir de atención médica. Las formas de evaluación clínicas varían según la visión explicativa o terapéutica con la que se aborde. Sin embargo, en algunos casos el paciente se beneficia de un abordaje desde diferentes especialidades clínicas (46).

Algunos pacientes que presentan trastornos del oído, como tinnitus y vértigo, presentan adicionalmente sintomatología ansiosa que requiere atención clínica. Esta relación se ha documentado de tiempo atrás e incluso se han descrito categorías diagnósticas o teorías explicativas que puedan describir la causalidad o la aparición de síntomas (47- 49).

Es importante no olvidar, por su puesto, que no todos los síntomas relacionados con el oído interno, se acompañan por sintomatología psiquiátrica clínicamente significativa, sin embargo, si es así, el médico debe estar en capacidad de reconocerla y tratarla o derivar al paciente a quien pueda hacerlo y colaborar con el tratamiento. El diagnóstico clínico de cada uno de estos trastornos se basa en la historia clínica completa con entrevista al paciente y los acompañantes, evaluación de posibles causas y comorbilidades, realización de pruebas específicas. Se establece diagnóstico multiaxial, según la sospecha diagnóstica, es posible solicitar pruebas paraclínicas. Finalmente se plantea un plan terapéutico con indicadores de logros según los tiempos de evaluación y seguimiento (50).

El trabajo conjunto en el cual la evaluación psiquiátrica, neurológica y ORL de síntomas sugiere que el tratamiento debe incluir los aspectos farmacológico y psicoterapéutico, se recomienda la aproximación cognitivo-comportamental y la rehabilitación vestibular por medio de terapia. Este tratamiento propuesto debe ser conjunto y multidisciplinario (51, 52).

Es importante el continuar la revisión y estudios en nuestro medio con el fin de enriquecer la práctica médica clínica así como la de otras disciplinas y con ellos divulgar más los contenidos y encontrar nuevos puntos de encuentro.

## Referencias

1. **Kaplan BJ, Kaplan VA.** Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. **Eagger S, Luxon LM, Davies RA, Coelho A, Ron MA.** Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: A clinical and neuro-otological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1992; 55: 383-7.
3. Diccionario enciclopédico Ilustrado de Medicina. Dorland.
4. **Sánchez C.** Trastornos de Ansiedad. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Bogotá: Noosfera Editorial 1999; 66-81.
5. **Torres de G, Y, Posada J.** Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. 1993. Ministerio de Salud. Bogotá; 1994.
6. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Un panorama nacional de la salud y la enfermedad mental en Colombia. Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.
7. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud, Colombia 2003. Fundación FES Social. 2005.
8. **Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L.** Panic disorder with agoraphobia associated with dizziness: characteristic symptoms and psychosocial sequelae. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189: 321-7.
9. **Perna G, Dario A, Caldirola D, Stefania B, Cesarani A, Bellodi L.** Panic disorder: the role of the balan-

- ce system. *J Psychiatr Res.* 2001;35: 279-86.
10. **Yardley L, Buergneay J, Nazareth I, Luxon L.** Neuro-otological and psychiatric abnormalities in a community sample of people with dizziness: a blind, controlled investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998; 65: 679-84.
  11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition. Washington: APA; 1994.
  12. **Godemann F, Koffroth C, Neu P, Heuser I.** Why does vertigo become chronic after neuropathia vestibularis? *Psychosom Med.* 2004; 66: 783-787.
  13. **Jacob RG, Moller MB, Turner SM.** Otoneurological examination in panic disorder and agoraphobia with panic attacks: a pilot study. *Am J Psychiatry.* 1985;142: 715-20.
  14. **Sloane PD, Hartman M, Mitchell CM.** Psychological factors associated with chronic dizziness in patients aged 60 and older. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42: 847-52.
  15. **Furman JM, Jacob RG, Redfern MS.** Clinical evidence that the vestibular system participates in autonomic control. *J Vestib Res.* 1998; 8: 27-34. Review.
  16. **García FV, Coelho MH, Figueira ML.** Psychological manifestations of vertigo: a pilot prospective observational study in a Portuguese population. *Int Tinnitus J.* 2003; 9: 42-7.
  17. **Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman BJ.** Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. *J Gen Intern Med.* 1993; 8: 530-5.
  18. **Andersson G, Yardley L.** Time-series analysis of the relationship between dizziness and stress. *Scand J Psychol.* 2000; 41: 49-54.
  19. **Stein MB, Asmundson GJ, Ireland D, Walker JR.** Panic disorder in patients attending a clinic for vestibular disorders. *J Psychiatry.* 1994; 151: 1697-700.
  20. **Clark DB, Hirsch BE, Smith MG, Furman JM, Jacob RG.** Panic in otolaryngology patients presenting with dizziness or hearing loss. *Am J Psychiatry.* 1994; 151: 1223-5.
  21. **Pollak L, Klein C, Rafael S, Vera K, Rabey JM.** Anxiety in the first attack of vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128: 829-34.
  22. **Asmundson GJ, Stein MB, Ireland D.** A factor analytic study of the dizziness handicap inventory: does it assess phobic avoidance in vestibular referrals? *J Vestib Res.* 1999; 9: 63-8.
  23. **Sullivan M, Clark MR, Katon WJ, Fischl M, Russo J, Dobie RA, Voorhees R.** Psychiatric and otologic diagnoses in patients complaining of dizziness. *Arch Intern Med.* 1993; 153: 1479-84.
  24. **Sataab JP, Ruckenstein MJ.** Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *Laryngoscope.* 2003; 113: 1714-8.
  25. **Jacob RG, Furman JM, Durrant JD, Turner SM.** Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction. *Am J Psychiatry.* 1996;153: 503-12.
  26. **Yardley L, Gresty M, Bronstein A, Beyts J.** Changes in heart rate and respiration rate in patients with vestibular dysfunction following head movements which provoke dizziness. *Biol Psychol.* 1998; 49: 95-108.
  27. **Simon NM, Pollack MH, Tuby KS, Stern TA.** Dizziness and panic disorder: a review of the association between vestibular dysfunction and anxiety. *Ann Clin Psychiatry.* 1998;10: 75-80. Review
  28. **Asmundson GJ, Larsen DK, Stein MB.** Panic disorder and vestibular disturbance: an overview of empirical findings and clinical implications. *J Psychosom Res.* 1998; 44: 107-20. Review.
  29. **Furman JM, Jacob RG.** A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. *J Anxiety Disord.* 2001;15: 9-26. Review.
  30. **Furman JM, Balaban CD, Jacob RG, Marcus DA.** Migraine-anxiety related dizziness (MARD): a new disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005; 76: 1-8.
  31. CD-10: *International Statistical Classification of Diseases.* 10 th version.
  32. **Frommberger U, Hurth-Schmidt S, Dieringer H, Tettenborn B, Buller R, Benkert O.** Panic disorder and vertigo. On the psychopathologic differentiation between neurologic and psychiatric disease. *Nervenarzt.* 1993; 64: 377-83.
  33. **Yardley L, Redfern MS.** Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *J Anxiety Disord.* 2001; 15: 107-19.
  34. **Yardley L, Watson S, Britton J, Lear S, Bird J.** Effects of anxiety arousal and mental stress on the vestibule-ocular reflex. *Acta Otolaryngol.* 1995; 115: 597-602.
  35. **Yardley L, Britton J, Lear S, Bird J, Luxon LM.** Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. *Behav Res Ther.* 1995; 33: 435-9.
  36. **Yardley L.** Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngol Clin North Am.* 2000; 33: 603-16.
  37. **Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC.** Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of di-



- ziness. *J Anxiety Disord.* 2003; 17: 369-88.
38. **Clark MR, Sullivan MD, Fischl M, Katon WJ, Russo JE, Doble RA, Voorhees R.** Symptoms as a clue to otologic and psychiatric diagnosis in patients with dizziness. *J Psychosom Res.* 1994; 38: 461-70.
  39. **Staab JP, Ruckenstein MJ, Amsterdam JD.** A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness. *Laryngoscope.* 2004; 114: 1637-41.
  40. **Staab JP, Ruckenstein MJ, Solomon D, Shepard NT.** Serotonin Reuptake Inhibitors for Dizziness With Psychiatric Symptoms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128: 554-60.
  41. **Furman JM, Balaban CD, Jacob RG, Marcus DA.** Migraine-anxiety related dizziness (MARD): a new disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005; 76: 1-8.
  42. **Beidel DC, Horak FB.** Behavior therapy for vestibular rehabilitation. *J Anxiety Disord.* 2001; 15: 121-30. Review.
  43. **Whitney SL, Jacob RG, Sparto PJ, Olshansky EF, Detweiler-Shostak G, EL, Furman JM.** Acrophobia and pathological height vertigo: indications for vestibular physical therapy? *Phys Ther.* 2005; 85: 443-58.
  44. **Jacob RG, Whitney SL, Detweiler-Shostak G, Furman JM.** Vestibular rehabilitation for patients with agoraphobia and vestibular dysfunction: a pilot study. *J Anxiety Disord.* 2001; 15: 131-46.
  45. **Vaillancourt L, Bélanger C.** Panic disorder and vestibular/equilibrium dysfunctions: state of the art. *Encephale.* 2007;33:738-43.
  46. **Goddard M, Zheng Y, Darlington CL, Smith PF.** Monoamine transporter and enzyme expression in the medial temporal lobe and frontal cortex following chronic bilateral vestibular loss. *Neurosci Lett.* 2008; 437: 107-10. Epub 2008 Mar 29.
  47. **Neuhauser HK.** Epidemiology of vertigo. *Curr Opin Neurol.* 2007; 20: 40-6. Review.
  48. **Furman JM, Redfern MS, Jacob RG.** Vestibulo-ocular function in anxiety disorders. *J Vestib Res.* 2006;16: 209-15.
  49. **Tecer A, Tükel R, Erdamar B, Sunay T.** Audiovestibular functioning in patients with panic disorder. *J Psychosom Res.* 2004;57:177-82.
  50. **Monzani D, Genovese E, Rovatti V, Malagoli ML, Rigatelli M, Guidetti G.** Life events and benign paroxysmal positional vertigo: a case-controlled study. *Acta Otolaryngol.* 2006; 126: 987-92.
  51. **Coelho CM, Waters AM, Hine TJ, Wallis G.** The use of virtual reality in acrophobia research and treatment. *J Anxiety Disord.* 2009; 23: 563-74. Epub 2009 Feb 10. Review.
  52. **Kemoun G, Carette P, Watelain E, Floirat N.** Thymocognitive input and postural regulation: a study on obsessive-compulsive disorder patients. *Neurophysiol Clin.* 2008; 38: 99-104. Epub 2008 Feb 1.