

# **CAPÍTULO 15**

## **Mareos Relacionados con la Ansiedad y el Mareo Postural Perceptivo Persistente**

**Autor: Martín Bellver**

---

Las personas con vértigo de origen vestibular pueden tener ansiedad en forma asociada. A su vez el vértigo y los mareos son síntomas comunes en los trastornos de ansiedad. Como toda enfermedad los trastornos vestibulares pueden producir alteraciones en aspectos psicológicos y sociales. Por tal motivo debe tenerse en cuenta la superposición de síntomas vestibulares y psicológicos que presentan algunos pacientes con mareos y problemas de equilibrio y como estos pueden intervenir en su recuperación (Esquema 15.1). Veremos en este capítulo la relación entre aspectos emocionales y nuestro aparato de equilibrio y los distintos diagnósticos que asocian el vértigo y los mareos con los trastornos de ansiedad.

### **DESÓRDENES PSICOGÉNICOS CON SÍNTOMAS VESTIBULARES**

#### **¿Qué es la Ansiedad?**

La ansiedad es una señal de alerta sobre un posible peligro inminente y nos permite adoptar las medidas necesarias para enfrentarnos a amenazas. Forma parte de nuestro mecanismo de defensa y supervivencia y es una reacción común ante situaciones con un posible resultado negativo o incierto. Sentimos ansiedad ante eventos importantes de nuestra vida como hablar en público, una entrevista laboral o un examen. En estos casos nos mantiene preparados y atentos ante posibles acontecimientos.

#### **Los Trastornos de Ansiedad**

En algunas ocasiones el sentimiento de ansiedad puede ser muy intenso o prolongarse en el tiempo sobrepasando nuestra capacidad para adaptarnos. En estos casos se convierte en algo patológico provocando malestar significativo con síntomas que afectan lo físico, lo psicológico y las conductas. Los ataques de pánico y las fobias son variantes de trastornos de ansiedad.

#### **Mareos en Trastornos de Ansiedad**

El mareo en los trastornos de ansiedad suele describirse como un embotamiento, sensación de estar en el aire o inestable. Varios estudios han mostrado que muchas personas con trastornos de ansiedad

tienen dificultad en mantener el equilibrio en superficies inestables o al cerrar los ojos y sienten incomodidad al caminar en alturas o en lugares con muchos estímulos visuales.

## **Ataques de Pánico**

Los ataques de pánico son episodios de miedo o temor intenso con una duración variable, generalmente de minutos a horas. Los ataques o crisis de pánico aparecen repentinamente y pueden alcanzar su máxima intensidad en unos 10 minutos. Pueden ser de dos tipos:

**Esperados:** ocurren como respuesta a un miedo específico como cuando una persona tiene miedo a volar y tiene un ataque de pánico arriba de un avión.

**No esperados:** Cuando el episodio ocurre sin ningún motivo aparente. Estos últimos son la característica principal del desorden de pánico.

## **Mareos y Fobias**

Las fobias son desordenes de ansiedad que se caracterizan por un miedo intenso y desproporcionado a enfrentarse a una determinada situación, objeto o actividad. El temor a los espacios cerrados (claustrofobia) y el miedo a la altura (acrofobia) son dos ejemplos. Las crisis de ansiedad pueden desencadenar agorafobia: el miedo a situaciones donde uno está solo o en lugares públicos en los que no existe la posibilidad de obtener ayuda o escapar en el caso de tener un ataque de pánico. El vértigo y la inestabilidad son síntomas comunes de las fobias.

## **LOS SÍNDROMES VESTIBULARES FUNCIONALES**

Existe un grupo de pacientes vistos en centros de tratamiento de mareos que presentan mareos, vértigo o inestabilidad de meses o años de evolución cuyos exámenes clínicos son normales o presentan alteraciones leves que no coinciden con la magnitud de sus síntomas. Estos trastornos son denominados funcionales, debido a que no existe una lesión orgánica significativa (estructural) ni un trastorno psiquiátrico que por sí solo puede justificar todos los síntomas.

## **EL MAREO POSTURAL PERCEPTIVO PERSISTENTE (MPPP)**

El mareo postural perceptivo persistente (MPPP) es un término que entró en vigencia a partir de 2017 en la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomando aspectos del vértigo fóbico y del mareo crónico subjetivo. Abarca alrededor del 15 al 20% de las personas que concurren a centros de mareos. Es la principal causa de mareos en personas entre los 30 y 50 años y es más común en mujeres.

### **Características**

El MPPP es un desorden crónico del sistema nervioso central caracterizado por vértigo no giratorio y una percepción por parte del paciente de estar inestable. Los síntomas son más marcados al estar de pie y en ambientes con muchos estímulos visuales como centros de compras, plazas y supermercados (Fig. 15.1). Las personas con MPPP muchas veces caminan con una marcha rígida o con las piernas más separadas y evitan realizar movimientos rápidos de cabeza, sobre todo al agacharse o girar. A pesar de su sintomatología marcada, presentan un examen de equilibrio normal o una leve inestabilidad que no coincide con el malestar que sienten al caminar. En algunos casos pueden

efectuar deportes sin tener síntomas. Las personas con MPPP evitan situaciones o lugares donde se agravan sus síntomas. Muchos se sienten incapacitados de trabajar o de salir solos a la calle y desarrollan una agorafobia asociada.



**Figura 15.1** La exposición a estímulos visuales móviles puede inducir mareos en personas con MPPP.  
Imagen: Camila Rubio Varón

## **Desencadenantes**

Las personas con MPPP pueden tener antecedentes de uno o varios eventos que desencadenaron los síntomas. En un estudio: el 30% de los pacientes tenían antecedentes de ataques de pánico o ansiedad generalizada, el 25% un cuadro vestibular periférico o central (por ej. vértigo posicional paroxístico benigno, neuronitis vestibular), el 20% una migraña vestibular, el 15% un traumatismo encefálico asociado a una conmoción cerebral o latigazo cervical, el 7% un desorden en el sistema nervioso autónomo (por ej. hipotensión, desmayo), una disritmia cardíaca (por ej. taquicardia, arritmia) y el 3% efectos adversos de drogas.

## **MANEJO**

El manejo del MPPP se basa en un conjunto de medidas: evaluación vestibular y neurológica, psicoeducación, rehabilitación vestibular, terapia cognitiva conductual y farmacoterapia.

### **Evaluación Vestibular y Neurológica**

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento es una evaluación cuidadosa para descartar un trastorno vestibular o neurológico estructural. El diagnóstico de MPPP se basa en criterios clínicos pero debe tenerse en cuenta su asociación con otros trastornos vestibulares o psicogénicos que pueden requerir tratamiento (por ej. migraña vestibular, ataques de pánico).

### **Educación**

Es frecuente que las personas con MPPP recurran a distintos profesionales buscando el origen de sus síntomas y que su problema haya sido diagnosticado como un desorden cervical o puramente psicológico. La falta de una explicación clara sobre el origen de los síntomas genera angustia y a su vez más sintomatología.

Las personas con MPPP deben comprender el mecanismo de los mareos asociados a las fobias y ansiedad y como estos fenómenos pueden desencadenar o perpetuar síntomas vestibulares. En el caso de una alteración estructural como un vértigo posicional paroxístico benigno ya resuelto, deben conocer los mecanismos de adaptación y que en la actualidad sus síntomas pueden ser residuales.

### **Rehabilitación Vestibular**

La rehabilitación vestibular está basada en ejercicios específicos dirigidos al aparato de equilibrio para: mejorar el equilibrio, reducir la dependencia en la visión para equilibrarse y disminuir la sensibilidad al movimiento. Los ejercicios deben exponer al paciente a distintas situaciones y movimientos en distintos planos y velocidades. El paciente no debe evitar los estímulos provocativos sino exponerse en forma gradual y progresiva. Es importante que el paciente comprenda que el objetivo del tratamiento no es reparar un órgano dañado sino dejar de interpretar el movimiento como algo nocivo o peligroso para de esta forma recuperar la estabilidad y confianza en el movimiento.

### **Terapia Cognitiva Conductual con o sin Farmacología**

En aquellas personas cuyos síntomas son muy limitantes, se puede complementar la educación y rehabilitación con terapia cognitiva conductual y farmacoterapia. Distintos estudios han demostrado su utilidad en el tratamiento del MPPP. La terapia cognitiva conductual es una forma de psicoterapia útil para tratar trastornos como la depresión la ansiedad y las fobias. Utiliza distintos componentes como la terapia cognitiva y la terapia de exposición.

La terapia cognitiva hace hincapié en identificar y neutralizar pensamientos negativos asociados a los desórdenes de ansiedad. La terapia de exposición hace enfoque en confrontar los miedos asociados a los desórdenes de ansiedad para ayudar a retomar las actividades que se están evitando.<sup>18.19</sup>

## **Tratamiento Farmacológico**

El uso de antidepresivos disminuye los síntomas del MPPP. Distintos estudios han demostrado una disminución de los síntomas en la mayoría de los pacientes tratados con antidepresivos sobre todo cuando se ha combinado con rehabilitación vestibular y terapia conductual cognitiva. Se recomiendan dos tipos de antidepresivos: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). Se utilizan dosificaciones bajas y en general se obtienen buenas respuestas con una dosis que corresponde a la mitad de la utilizada en el tratamiento de la depresión. El tratamiento con antidepresivos puede demorar entre 8 a 12 semanas en producir efectos.

**Puede leerse una versión ampliada de este capítulo en:**

