



Miedo y Desequilibrio

Un ensayo sobre su relación y los factores que han interferido en su estudio

Juan Hernández García

Todo esfuerzo intelectual, que lo sea en rigor, nos aleja solitarios de la costa común y por rutas recónditas que precisamente descubre nuestro esfuerzo nos conduce a lugares repuestos, nos sitúa sobre pensamientos insólitos.

José Ortega y Gasset, *Qué es Filosofía*

El equilibrio es un sentido que se da por supuesto, tanto, que al gran Aristóteles se le pasó por alto y no lo incluyó junto a la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto. Caminamos sin saber muy bien cómo, nos orientamos sin esfuerzo aparente y atendemos a nuestro entorno con la soltura del privilegiado que no sabe que lo es. Nos regocijamos a través de él sin otorgarle el crédito que merece: nos mecen recién nacidos, lo alteramos a propósito en *tío vivos* o en parques de atracciones, leemos sobre sillones balanceantes y nos mantenemos de pie momentos antes de escuchar el «sí, quiero». Como con las personas abnegadas que nos rodean, únicamente nos percatamos de ellas cuando fallan o, directamente, cuando se ausentan.

Sobre el miedo, en cambio, conocemos mucho más. Una persona puede comenzar a sufrir episodios repentinos e intensos de angustia sin motivo aparente, sentir en un breve instante que pierde el control de su cuerpo y percibir el ambiente que le rodea de una manera extraña, o descubrirse evitando situaciones con las que jamás había tenido ningún problema. Dichas experiencias han tenido diferentes descripciones a lo largo de la historia: ansiedad endógena, timopatía ansiosa, síndrome de despersonalización ansioso-fóbico, neurosis fóbica y un largo etcétera. Gran parte de la Psicopatología moderna las engloba en *Agorafobia*, *Trastorno de Pánico* y *Trastorno por Despersonalización/Desrealización*.

Pero ¿qué hay de la relación entre la falta de equilibrio y el miedo? Los manuales de Psicopatología, los manuales diagnósticos psiquiátricos y las guías clínicas de Salud Mental ofrecen una única y consensuada visión sobre este asunto: la sintomatología de inestabilidad, mareos y vértigo se concibe como el componente somático, autonómico, de la respuesta de miedo. Es necesario remontarse a los orígenes de las discusiones sobre la naturaleza del pánico o la agorafobia para observar relaciones en el otro sentido; estas fueron algunas de las descripciones: vértigo visual, estado de pánico, *Platzschwindel* —vértigo de los lugares—, agorafobia, *terreur des places* —terror a las plazas—. Las explicaciones a estos fenómenos fueron variopintas, no obstante, y por una especie de proceso histórico sustractivo, se han acabado delimitando a la esfera *psicológica* o *psiquiátrica*.

Actualmente, y por definición, estas experiencias son consideradas reacciones de ansiedad *primarias* (de origen *psicógeno*), sin relación directa con ninguna patología médica preexistente —si así fuera serían categorizadas bajo otro paraguas diagnóstico—. Es decir, son diagnósticos por exclusión. Además, y por más que pueda sorprender, las clasificaciones actuales de estos trastornos son el resultado de un conglomerado histórico entre **teorías psicodinámicas** —colaboraron a aislar el fenómeno a la esfera exclusivamente psicológica— y **conductistas** —procesos de aprendizaje por asociación—, en un **marco pseudomédico** —concepción de la medicina y del diagnóstico médico algo distorsionados—. En resumen, los trastornos de ansiedad son fenómenos psicológicos (o psiquiátricos, según el manual), explicables por algún tipo de condicionamiento, modulados por procesos cognitivos, y que sufren personas con algún tipo de predisposición.

Por suerte, algunos grupos de investigación híbridos, pero, sobre todo, desde otras especialidades médicas alejadas de la Psiquiatría, han retomado el estudio de este par **miedo-desequilibrio**. Las conclusiones principales de esas dos líneas son las siguientes:

1. **Una gran parte de los pacientes con alteraciones vestibulares desarrolla trastornos de ansiedad**, en especial *Trastorno de Pánico* y conducta agorafóbica. Este es un dato bien establecido, aunque los porcentajes varían desde el 20% hasta el 75%, aproximadamente. Se adjunta una relación no exhaustiva de [estudios](#) realizados desde otorrinolaringología (ORL) —pacientes diagnosticados en primer lugar de trastornos neurotológicos—.
2. **Una gran parte de los pacientes psiquiátricos diagnosticados de *Trastorno de pánico y Agorafobia* sufre alteraciones en el sistema vestibular objetivadas por estudios neurotológicos**. Contamos en este caso con menos estudios, pero el hallazgo es persistente y se observa en muestras no seleccionadas. Se adjuntan, ahora sí, todos los [artículos](#) publicados hasta el momento desde PSQ —pacientes diagnosticados en primer lugar de trastornos psiquiátricos—.

Por sí solos, estos datos son muy sugerentes, más teniendo en cuenta las relaciones históricas entre el vértigo y la ansiedad (formas de pánico y agorafobia, especialmente). Pero ¿cómo se han asimilado estos hallazgos en los manuales de referencia de Psicopatología y en las guías clínicas de ámbito nacional? **Simplemente han sido ignorados**. El único texto que menciona dicha relación es *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* compilado por Julio Vallejo Ruiloba:

La mayoría de pacientes con vértigo manifiestan cierto grado de ansiedad y no es raro que padezcan tensiones anticipatorias y conductas de prevención, como los ansioso-fóbicos, hasta el punto de que se ha detectado en consultas de ORL o neurología trastornos de pánico en un 30% de pacientes con vértigo o mareos (Diez y Sánchez-Planell, 2000). Recientemente, Jacob y cols. (1996) han señalado que una disfunción vestibular subclínica podría contribuir a la fenomenología del trastorno de pánico y particularmente en el desarrollo de agorafobia en pacientes con crisis de angustia. De cualquier forma, en el auténtico vértigo las quejas son específicamente de rodamientos del entorno, mientras que en el seudovértigo ansioso prevalece la inestabilidad subjetiva. El problema de diagnóstico diferencial radica, sobre todo, en los sujetos con síndrome seudovértiginoso crónico,

generalmente mujeres, sin clara patología vestibular, vascular o neurológica, que frecuentemente reciben el diagnóstico de crisis de angustia, pero sin claros antecedentes de tales crisis. Es un grupo heterogéneo, que tal vez represente el estadio final de agorafobias, histerias, caracteropatías y trastornos orgánicos (Gastó, 2000).

El texto citado es meritorio porque recoge los estudios de los que otros manuales no se hacen eco. Ahora bien, y además de que los datos no están debidamente actualizados ni citados, considero se descartan esas disfunciones vestibulares *subclínicas* de manera algo precipitada. Lo que señalo a continuación es importante para comprender las limitaciones con las que nos encontramos a la hora de analizar estos dos fenómenos:

- No existe tal cosa como el *auténtico vértigo*. Las clasificaciones otológicas actuales tienen ricas descripciones sobre el vértigo y el mareo (*dizziness*). El vértigo abarca mucho más que la sensación de *rodamiento del entorno*. Por el mismo motivo, tampoco es común, ni acertado, hablar de *pseudovértigo*.
- Los estudios de Rolf G. Jacob, y el de otros, muestran *auténticas* disfunciones vestibulares, objetivadas con las exploraciones neurotológicas habituales.
- *El síndrome pseudovertiginoso crónico* no es una entidad clínica con validez científica, ni siquiera es manejada en la discusión sobre estos fenómenos o en la práctica clínica. Los datos muestran justamente que el estadio final de *agorafobias, histerias, caracteropatías y trastornos orgánicos* podría ser perfectamente la consecuencia de una negligencia médica, de aislar un fenómeno psiquiátrico y tratarlo como tal, cuando en realidad tiene su naturaleza es de mayor complejidad.
- Como señalaré más adelante, una de las lógicas habituales en el estudio del miedo y su relación con el equilibrio es **confundir ausencia de pruebas de una enfermedad con la existencia de pruebas de la ausencia de la patología**. Aquí está representada por la proposición «*sin clara patología vestibular, vascular o neurológica*», para afirmar seguidamente la naturaleza psicógena del síndrome.

El caracterizar algo como *psiquiátrico* o *psicológico* no tendría nada de perjudicial, salvo si eso supone no atender la verdadera causa del problema. Es posible que gran parte de las personas con conductas agorafóbicas a las que atendemos tengan alteraciones vestibulares sin saberlo. Eso nos obliga a expandir nuestra visión sobre la naturaleza de la ansiedad y sobre cómo ayudar a nuestros pacientes. Las consecuencias personales del desequilibrio son verdaderamente incapacitantes, y se suman a nuestra insolvencia asistencial para atenderlas como es debido. Para evitar ese penoso *estadio final* **es recomendable analizar en primer lugar en qué medida los profesionales hemos contribuido a tal desenlace.**

Lo expondré de manera más gráfica. El paciente medio que sufre estas dos experiencias puede estar sobremedicado, mal diagnosticado, psiquiatrizado (en el peor sentido del término), y maltratado asistencialmente, siendo rebotado de especialidad en especialidad, tratado de *personalidad trastornada* o demás etiquetas utilizadas para denigrar al paciente molesto, conflictivo y demandante.

Todo esto nos lleva a plantearnos dos cuestiones, que como los dos fenómenos que estamos analizando, están enredadas la una a la otra. Al facultativo de a pie le interesará especialmente la primera:

- A. ¿Qué tipo de relación existe entre las diferentes formas de expresión de miedo y nuestra facultad para el equilibrio y la orientación?**
- B. ¿Qué factores han impedido el estudio de la relación entre el miedo y el desequilibrio?**

Hace un año aproximadamente me hice estas dos preguntas, y comencé a bucear entre decenas de artículos *científicos*, manuales de fisiología vestibular, de rehabilitación vestibular y repasé todos los capítulos sobre *ansiedad* de todos los manuales de psicopatología a los que tuve acceso. En este momento, y ante la perspectiva de un trabajo que me llevará algunos meses más, he decidido compartir un **breve resumen de mis conclusiones provisionales**. Me parece que la información es lo suficientemente interesante como para que cualquiera que esté en contacto con estas problemáticas lo tenga en cuenta sin esperar al producto final.

A. Relación entre el miedo y el desequilibrio.

A1. Posibles causas. Los llamados trastornos de ansiedad y los síndromes vestibulares pueden: i) ser causas recíprocas; ii) causas circulares; iii) tener una causa común (por ejemplo, migraña vestibular) o iv) ser indistinguibles unos de los otros en un gran porcentaje de los casos. Esto último es lo que con seguridad nos encontramos más a menudo, lo que lleva a un enfoque necesariamente pragmático en relación con el tratamiento.

- No es casualidad que los pacientes con síntomas de miedo (pánico y/o agorafobia) sufran inestabilidad, mareo o desrealización, y que estos sean los más frecuentes. Lo que interpretamos como expresiones somáticas de miedo pudieran ser perfectamente su causa.

A2. Tratamiento. Al ser improbable el hallar la causa (última), o la relación exacta en cada caso, se han de proponer líneas de tratamiento pragmáticos que abarquen la experiencia global de lo *psicológico* y lo *vestibular*. No podemos exigirle al clínico lo que no es capaz de determinar el investigador.

- Desde ORL, el tratamiento habitual que se propone es **TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) + Rehabilitación vestibular**. Tengo motivos para pensar que muchas de nuestras técnicas específicas, incluidas la Exposición o la Relajación Muscular Progresiva, inciden sin saberlo en el sistema vestibular (vía recalibración, mejorando la conciencia corporal u otras vías). El equilibrio, y otras funciones solidarias, no dependen únicamente del sistema vestibular, sino de una integración de sistemas con

redundancia¹ (especialmente el oculomotor y el propioceptivo). Por lo tanto, sería mucho más flexible a la hora de diseñar tratamientos para estas personas que sufren miedo e inestabilidad.

- Los tratamientos exclusivamente psicológicos o psiquiátricos pueden ser insuficientes cuando se da al mismo tiempo un problema vestibular. La resistencia a los actuales tratamientos de algunos cuadros donde se presentan conjuntamente ansiedad e inestabilidad podría explicarse por un pobre conocimiento sobre las funciones del sistema de equilibrio, de su expresión fenomenológica y sus bases neurofisiológicas.
- Es llamativo, por lo menos, observar que los enfoques terapéuticos que tienen en cuenta lo corporal, incluido el equilibrio, son aquellos perseguidos por pseudoterapias. Aciertan sin saber por qué, pero aciertan. En cambio, la Psicología *científica*, creyendo tener los porqués, no se ha aproximado enteramente a esa intuición.

A3. Ignorando al invisible sistema vestibular. El sistema vestibular tiene la función principal de proporcionarnos equilibrio, transduciendo señales producidas por el movimiento de la cabeza y por la fuerza gravitacional. No obstante, al equilibrio contribuyen de igual forma el sistema propioceptivo y el oculomotor. Además, se han relacionado funciones indirectas que se sostienen en gran medida en ese sistema vestibular: navegación y orientación espacial, estabilidad visual, conciencia de la autopercepción corporal (en su defecto se produce lo que se conocen como *out-of-body experiences*), y se ha visto que cumple un rol importante en el desarrollo cognitivo, la memoria y en la toma de decisiones.

- Sólo nos percatamos de su presencia cuando no funciona adecuadamente, y como la expresión sintomática se produce a través de otros sistemas su estudio ha pasado desapercibido, especialmente desde la Psiquiatría.
- En la literatura sobre la cuestión se admite en general una capacidad de adaptación del organismo cuando falla uno de los sistemas que sostienen la función del equilibrio. Esto es una ventaja para el individuo y un inconveniente para el investigador: pueden darse alteraciones vestibulares inadvertidas. En algunos de los estudios se encuentran sorprendentes porcentajes de disfunción vestibular en el grupo de sujetos control, lo que podría establecerse como factor de riesgo para el desarrollo ulterior de otras problemáticas.

A4. ORL y PSQ, mundos paralelos. Los fenómenos descritos por cada una de las especialidades se solapan a nivel fenomenológico, y a menudo son ciegas las unas de las otras (véase Tabla 1). Lo que describen desde ORL (lo *otológico*) y desde PSQ (lo *psiquiátrico/psicológico*) obedece muchas veces a una única experiencia indivisible.

¹ Los organismos naturales no procuran la eficiencia sino la eficacia. Todo facultativo que hable de análisis de *coste-beneficio* representa, lo sepa o no, una postura ético-económica muy controvertible. El mismo facultativo no tendrá problemas en observar sus inconvenientes aplicada al ámbito privado, un ejemplo de dependencia de ámbito. Yo denuncié la búsqueda de eficiencia en ambos mundos.

- Los fenómenos no son *psiquiátricos*, *psicológicos*, *otológicos* o *neuroológicos*. Las especializaciones sirven a una necesaria división del trabajo, no a una división de la naturaleza. El problema de *lo mental* es fundamental en esta cuestión, y no le involucra únicamente a la Psicología.
- Lo *psiquiátrico* y lo *otológico* no pueden relacionarse, pues son términos que refieren a disciplinas, y no a fenómenos. Lo que tiene posibilidad de relacionarse y modificarse mutuamente son los procesos, y estos pertenecen a diferentes sistemas. Así sí es factible pensar en que la sensación de inestabilidad (mareo, vértigos) *provoca* miedo, o viceversa.
- Estos asuntos filosóficos, que son fundamentalmente epistemológicos, inciden directamente en nuestras limitaciones para pensar sobre los fenómenos con los que nos relacionamos a diario como clínicos. Es por esto por lo que se echa en falta su explicitación por parte de los diferentes autores.

Tabla 1. Fenómenos descritos en la frontera entre lo *psiquiátrico* y lo *otológico*.

- Síndrome de desorientación vestibular del motorista (Page y Gresty, 1985)
- Síndrome del supermercado (McCabe, 1975; Rudge & Chambers, 1982)
- PPV Vértigo Fóbico Postural (Brandt, 1994; Pollack, 2003; Kapfhammer, 1997)
- Fobia espacial, como síndrome pseudoagorafóbico (Marks, 1981)
- Mareo psicógeno (Psychogenic dizziness) (Simpson, 1988)
- PPPD Persistent Postural-Perceptual Dizziness (Staab, 2017)
- MARD Migraine-anxiety related dizziness (Furman, 2004)
- Height vertigo (Pogany, 1958; Brandt, 1980)
- Visual vertigo syndrome (Bronstein, 1995)
- Psychiatric dizziness (Furman y Jacob, 1997)
- Mal de débarquement syndrome (Murphy, 1993)
- Benign Paroxysmal positional vertigo (Barany, 1921)
- Corazón irritable (Da Costa, 1871)
- Miedo visuo-vestibular como un subtipo específico de fobia (Coelho y Balaban, 2014)

A5. Señal ambigua, múltiples teorías. Las diferentes causas hipotetizadas por los diferentes autores que han tratado este tema son llamativamente pobres, inespecíficas y desligadas de los resultados de sus propias investigaciones (véase Tabla 2).

- Cuando los diversos autores, incluidos los referentes en este tema (Rolf G. Jacob y Joseph M. Furman), han realizado revisiones teóricas de sus propios hallazgos se han guiado por la siguiente cuestión: **¿a qué especialidad pertenece este tipo de paciente?** Los únicos que parecen desligados de esta cuestión son los fisiólogos, neurocientíficos y demás profesionales *no médicos*.
- Resulta curioso que las disciplinas sufran de manera análoga a los pacientes que tratan: ante señales ambiguas de su cuerpo y del entorno, mayor es la amplitud y diversidad de las explicaciones *a posteriori*. El paciente psiquiátrico con sintomatología otológica es desde luego una *señal ambigua*.

A6. Inestabilidad y su relación con otros trastornos. La inestabilidad parece tener una relación directa con estados de pánico y conducta agorafobia, pero también se ha visto asociada a diferentes miedos (alturas, conducir) y a las alteraciones relacionadas con la conciencia corporal (despersonalización/desrealización). Muchos de los pacientes con sintomatología vestibular *no objetivada*, son clasificados en los trastornos somatomorfos, ficticio, disociativo o tildados de personalidad problemática o trastornada. El concepto de *reacción exagerada* o una predisposición caracterial sirven aquí como argumento racional para la derivación a Psiquiatría.

- Cuando las pruebas no determinan una afectación concreta a nivel central o periférico del sistema vestibular, sino de manera indirecta a través de una posturografía, por ejemplo, se suele hablar de alteración a nivel funcional. Esto abre la puerta a la interpretación psiquiátrica de la queja del paciente.
- Cuando se hallan discrepancias entre lo esperado en la valoración y el resultado final la conclusión es a menudo psiquiátrica. La *explicación orgánica* es considerada en estos casos la causa misma de lo que expresa el paciente. Es decir, pensar en una disfunción real es causa de iatrogenia y *neurotiza* al paciente. Esto podría ser cierto, lo sorprendente es que se afirma repetidamente, sin que tenga relación alguna con las propias investigaciones de las que nacen esas afirmaciones. Insisto, estoy discutiendo bajo los términos de los investigadores; yo no abogo por un marco en donde lo orgánico excluye otros niveles de análisis.

Tabla 2. Relaciones esgrimidas para la relación entre ansiedad y alteraciones vestibulares.

- Conflicto sensorial, apoyado en la teoría multisensorial sobre el vértigo de Brandt (Redfern, 2007)
- Un vértigo migrañoso causaría los dos fenómenos al unísono (Teggi, 2010)
- Aumento del *arousal* por hiperventilación (especialmente estudios desde ORL)
- Aumento de la alerta y la vigilancia, ahora por efectos noradrenérgicos y el núcleo coeruleus (Balaban y Thayer, 2001)
- Factores psicogénicos agravan los síntomas psiquiátricos, que a su vez son distintos de los otológicos (Furman, 1996)
- Interpretaciones catastróficas de las señales de un sistema vestibular alterado (Furman, 1996)
- Relaciones entre el sistema vestibular y el sistema límbico, en ambas direcciones (varios)
- Orígenes somatomorfos; mimesis de los síntomas orgánicos (muchos)
- Teoría del conflicto vestibular (Stoffregen, 1988, 1991, 1998)
- Predisposición vestibular como origen de la acrofobia y el miedo a conducir, que se adquieren finalmente por condicionamiento (Coelho and Balaban, 2014)
- Trastornos y/o rasgos de personalidad (muchos, inspirados por Brandt)
- Rasgos narcisistas, evitativos, dependientes, histriónicos y agresivos. No se establecen prácticamente mecanismos mediadores entre estos rasgos y las dos problemáticas, cuando sí son meras conjeturas.
- Elevada observación de uno mismo (Prieto-Rivera, 2014)
- Sistema visual hipersensible (Caldirola, 2011)
- Reducción a una conducta evitativa, que interfiere en el resultado de las pruebas otológicas (Perna, 2001)
- Una rigidez conductual, provocada por una distorsión perceptiva o una inestabilidad subjetiva, a su vez causada por ansiedad (Ellmers, 2021)
- La ansiedad es inducida por los cambios sensomotores producidos en el SNC para reajustar el equilibrio por la alteración vestibular (Stambolieva, 2010)
- Disfunción en el córtex vestibular (Indovina, 2019)
- La explicación orgánica de los síntomas causa una fijación patológica secundaria (Best, 2006)
- Factores psicosociales como distocias familiares o madres sobreprotectoras o ansiosas (Roth, 1966)

- En muchos de estos casos donde se orienta a un origen psiquiátrico se describen auténticas patologías vestibulares en remisión. El caso paradigmático es la PPV (Vértigo Postural Fóbico), propuesto por Thomas Brandt en 1994. Este síndrome consiste en una inestabilidad subjetiva y una disfunción del equilibrio a pesar de los resultados normales en las pruebas. Su naturaleza es psicógena, y ocurre con frecuencia en personalidades anancásticas y narcisistas. Lo curioso es que el sexto y último criterio reza lo siguiente: «*El inicio de la condición frecuentemente sigue a un período de estrés emocional particular, a una enfermedad grave o a un trastorno vestibular orgánico.*» Como tratamiento se propone una explicación sugestiva sobre los mecanismos psicológicos que están implicados y terapia conductual.
 - El capítulo entero de su manual *Vertigo: Its multisensory syndromes* es imprescindible para hacerse una idea del estado de la cuestión.
- Da *vértigo* pensar en la cantidad de pacientes con problemas no detectados, que al no ser atendidos correctamente acaban degenerando en múltiples niveles personales, para acabar con una etiqueta y medicación psiquiátricas.

A7. De lo psicológico a lo vestibular. Encuentro más fácil e intuitivo explicar cómo se puede comenzar a sufrir ansiedad tras una disfunción del equilibrio. No obstante, me está siendo complicado encontrar en la bibliografía algún mecanismo explicativo que acabe de recoger la intuición bajo la cual lo *psicológico* pueda *provocar* la alteración en el equilibrio. Se me ocurren varias posibilidades:

- El miedo —y su contraparte, la evitación—, una vez adquiridos, provocan una alteración, por ejemplo, en el sistema vestibular por varias vías: 1) *descalibración*² por no exponer al organismo a las situaciones que se precisan para el mantenimiento de ese órgano; 2) algún tipo de relación mecanística entre las estructuras neuroanatómicas relacionadas con la sensación frecuente de miedo, las encargadas de la atención, la propiocepción, la coordinación motora y la función vestibular.
 - La primera solución, enteramente conductual (más cercano a procesos *down-top*), plantearía las siguientes cuestiones: i) si se da una relación uno-a-uno entre conducta y sistema fisiológico vestibular, por ejemplo, ¿por qué hay pacientes con pánico y conductas agorafóbicas que no desarrollan alteraciones vestibulares?; ii) ¿cómo se explican las indudables, para mí, *interferencias* cognitivas (procesos *top-down*)? Por ejemplo, si una persona sufre el *síndrome del supermercado* (tiene dependencia visual y propioceptiva) y es consciente de eso (sea válida o no la explicación) podrá cancelar hasta cierto punto las sensaciones; probablemente le incomode la situación, pero no le llevará a interpretaciones catastrofistas. En cambio, si la misma persona no tiene una explicación para lo que experimenta, desarrollará, amplificará y sentirá muchas otras sensaciones —incluidos estados de pánico severos—. La experiencia hipocondríaca y el entrenamiento autógeno son otras pruebas de procesos *top-down*.

² Donde yo veo relaciones, patrones, analogías y primitivos útiles, otros pueden ver timos, engaños, ignorancia supina, intrusión laboral y una amenaza a su economía personal.

- La segunda solución involucra en realidad al conocimiento anatómico-fisiológico de la totalidad del organismo. Algunos creen innecesario conocer ese nivel, y lo explican todo a partir de lo *psicológico*. Me es difícil contemplar esta solución, más en este tema. Por supuesto, este nivel es tan poco cultivado por los investigadores (hace falta una importante amplitud interdisciplinaria), como explotado es por los charlatanes que se aúpan a todo lo neuro-X.

A8. Fenomenología del desequilibrio. El mareo y el vértigo pueden ser causados por centenares de condiciones médicas (se habla de más de 2000 condiciones agrupadas en más de 300 síndromes). Se han organizado recientemente clasificaciones diagnósticas de los trastornos vestibulares, y se postulan con frecuencia nuevas taxonomías. Por ejemplo, la concepción actual de vértigo es muy amplia, recogiendo la posibilidad de ser espontáneo o desencadenado por ciertos movimientos. Lo mismo se puede decir sobre el mareo (*dizziness*). Los matices con los que se describen la fenomenología del desequilibrio y su relación con las diferentes pruebas son abrumadores.

B. ¿Qué factores impiden el estudio de la relación entre el miedo y el desequilibrio?

B1. Profesionales dependientes del ámbito. Uno de los escollos detectados en la incompreensión de este fenómeno interdisciplinario es el causado por lo que se conoce como **dependencia de ámbito**. Esto es, el pensar desde la especialidad. La mayoría de las discusiones teóricas en torno a este asunto se limitan a discutir si el paciente es psiquiátrico o neurotológico (o si es derivable a psicoterapia psicodinámica tras la no objetivación de lesión orgánica). Esa dependencia les ha impedido a grandes profesionales en su campo observar lo obvio: que los fenómenos no le pertenecen a especialidad alguna.

B2. El paciente perfecto. Las discusiones sobre a qué disciplina y categoría diagnóstica pertenece un paciente dado deriva en **la búsqueda del paciente perfecto**: aquel que describe con precisión su experiencia y se adecua a nuestras categorías predefinidas y a nuestra organización administrativa. Parece que hemos olvidado que la lógica es la inversa, usamos el lenguaje para comprender la realidad, y no al revés. Lo interesante, que siempre se sitúa en la frontera, acaba siendo ninguneado, ignorado activamente y acaba en el cajón de sastre que ahora mismo es la Psiquiatría (¿lo ha sido siempre?). En términos *talebianos*³, los investigadores y clínicos no ejercen la opcionalidad, no aprovechan la oportunidad con la que se topan todos los días.

- Un ejemplo: la mimesis de síntomas psiquiátricos en neurológicos (andar cerebeloso, por ejemplo) molesta a los especialistas, que discutirán a qué área pertenece. En cambio, entusiasmo al estudioso que tiende a relacionarlo todo.

³ Nassim Taleb, autor de El Cisne negro, Antifrágil, El lecho de Procusto, ¿Existe la suerte?, entre otros textos.

B3. «Ciencia». Es alarmante el nivel de calidad de muchos de los artículos científicos consultados para este trabajo; la mayoría publicados en revistas de prestigio. En muchos de ellos se han detectado afirmaciones contradictorias, no apoyadas por los resultados y una escasa o nula elaboración de hipótesis *a priori*. Los manuales de psicopatología consultados no quedan en mejor lugar. Resultan una mezcla incoherente de teorías, alejadas de forma equidistante tanto del análisis histórico honesto y crítico, como de los conocimientos actuales de otras disciplinas científicas. Estos textos acaban siendo manuales-resumen de las clasificaciones diagnósticas del momento.

B4. Historia, la justa. Las revisiones históricas, cuando se realizan, son defectuosas. Por ejemplo, asumimos que Westphal describió por primera vez la Agorafobia en 1871, y postuló una explicación situacional, *fóbica*, para su aparición, descartando explícitamente otras causas como el vértigo visual, la epilepsia o una disfunción oculomotora. Pocos se han tomado la molestia de leer directamente su texto: heredamos acríticamente toda teoría. Pues bien, los 3 casos que expone el mismo Westphal en su *Die Agoraphobie, eiene neuropathische Erscheinung* sugieren historia personal de convulsiones y/o migraña. Es posible que estemos amontonando error sobre error, dilapidando los debates históricos, confundidos por la ilusión de la acumulación de conocimiento que sí se da en otras disciplinas.

- El comentado no es un hecho anecdótico, lo sabe todo aquel que tenga la costumbre de consultar las fuentes primarias. El estudioso *amateur* no puede más que desconfiar de todo lo que no sean esas obras originales; el academicismo acaba siendo en muchas ocasiones un obstáculo más que una necesidad⁴.
- La sensación que le queda a uno con esta desconexión histórica es que avanzamos al son de nuestro deseo de crear nuevas disciplinas o plantear descubrimientos que nos distingan individualmente, en lugar de asimilar el conocimiento previo y hacer algo con ello.

«En historia toda superación implica una asimilación: hay que tragarse lo que se va a superar, llevar dentro de nosotros precisamente lo que queremos abandonar. En la vida del espíritu sólo se supera lo que se conserva.», de nuevo, Ortega.

- En la práctica científica, racional si se quiere, la lectura directa de los clásicos⁵ pasa a ser una actividad inevitable, no un tic con ropajes de intelectualidad. Esa tarea, desde luego, no la cubre ningún manual académico. En ocasiones estoy tentado de pensar que cuanto mejor sea el manual, más aleja al lector de las verdaderas fuentes del conocimiento.

B5. Dicotomías limitantes, epistemología invisible. De forma explícita o implícita, la mayoría de los estudios y manuales que se han consultado están salpicados de las siguientes dicotomías: Exógeno – endógeno; Orgánico – Funcional; Psicógeno – Físico; Psicológico – Biológico; Psíquico – Somático. Resulta difícil criticar una postura si no se comparten los principios fundamentales. O peor, puede que estos principios ni siquiera ocupen espacio mental alguno de los autores.

⁴ Estas conclusiones las extraigo de mi experiencia en el estudio en otros ámbitos, como la Filosofía, la Política y la Economía. Es por esto que puedo hacerlas extensivas a todas las Ciencias Sociales.

⁵ Por clásicos entiendo textos con más 100 años de antigüedad, siguiendo el criterio de la mayoría de los coleccionistas.

- Las tablas 3 y 4 resumen el germen de muchas de esas dicotomías que se filtran en los esquemas de miles de estudiantes de medicina al año (el de Vallejo-Ruiloba es el manual de referencia en el Grado de Medicina para muchas facultades españolas). Ese germen sólo será discutido tras un esfuerzo crítico del facultativo, de lo contrario lo actúa en cada una de sus decisiones como practicante y como investigador.

Tabla 3. Características diferenciales entre diversos trastornos psíquicos (extraído de Ruiloba, 2015).

	Trastornos endógenos	Trastornos exógenos	Neurosis	Reacciones neuróticas
Naturaleza	Categorial	Categorial	Dimensional	Dimensional
Etiología	Biológica	Biológica	Psicológica	Psicológica
Clinica	Cualitativa	Cualitativa	Cuantitativa	Cuantitativa
Curso	Crónico	Agudo	Crónico	Agudo
Pronóstico	Grave	Bueno	Variable	Bueno
Tratamiento	Biológico/rehabilitación	Biológico	Psicológico/farmacológico	Psicológico/farmacológico

Tabla 4. Bases etiopatogénicas de los trastornos psíquicos (extraído de Ruiloba, 2015).

	Base biológica (enfermedades mentales)	Base psicosocial (neurosis, trastornos de personalidad)
Genética	+	-
Anomalías biológicas	+	-
Consistencia clínica	+	-
Fluctuaciones clínicas	-	+
Reactividad al medio	-	+
Estabilidad diagnóstica	+	-
Ruptura biográfica	+	-
Respuesta a tratamientos biológicos	+	-
Respuesta a tratamientos psicológicos	-	+

B6. De la incompetencia puntual a la inviabilidad sistémica. Este salto no puedo justificarlo por lo hallado exclusivamente en este trabajo, pero afianza mi diagnóstico sobre la salud de *nuestras* disciplinas. Simplemente hago notar algunas cuestiones.

- La Psiquiatría y la Psicología Clínica han demostrado ser instituciones limitadas, inválidas e incluso contraproducentes para el avance en la comprensión de los trastornos de ansiedad y los síndromes vestibulares. Estos fenómenos requieren de un nuevo marco epistemológico y organizacional que tenga en cuenta la intersección de diversos saberes técnicos y científicos, y que se centre en la formación de profesionales que sepan cómo conjugarlos ya sea en forma individual, o en equipos de expertos — equipos en el sentido estricto de la palabra—.
- Para la crítica de la Psiquiatría no son necesarios análisis sociológicos⁶, es suficiente abrir los manuales de los que beben a diario nuestros futuros médicos y psiquiatras. Puede aplicarse el mismo criterio a la Psicología (Clínica, Científica, Sanitaria o como quiera cada cual apellidarla).

⁶ Tampoco sobran. La cuestión es si las distintas disciplinas están preparadas para saltar a niveles de análisis más profundos y complejos. Por ejemplo, admitimos que las políticas sanitarias deben estar lo suficientemente informadas como para diseñar planes de formación y asistenciales a todos los niveles, y que estos sean congruentes con ciertos esquemas políticos y éticos. Por contra, si tal conocimiento fuese defectuoso y parcial, convertiría automáticamente esas políticas en ideología ciega. Juzguen ustedes mismos a cuál de los dos escenarios nos aproximamos más.

B7. Propuesta para una Psicopatología del Desequilibrio. Como decía más arriba, esto es simplemente un resumen de las conclusiones sobre el trabajo que estoy llevando a cabo en mi tiempo libre. Con el objetivo de ser coherente y no caer en los problemas que he criticado me propongo lo siguiente: i) explicitar la epistemología desde la que parte mi enfoque transdisciplinar; ii) describir el funcionamiento normal de los sistemas psico-fisiológicos que dan cuenta del equilibrio y de funciones afines como la orientación espacial o personal; iii) sistematizar las diferentes patologías que se han descrito, con diferentes nomenclaturas, desde diversas especialidades médicas —Neurología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, etc., atendiendo únicamente a su fenomenología; iv) exponer un intento comprensivo de aunar bajo un marco integrador lo que hasta ahora ha sido conceptualizado por enfoques excesivamente estrechos e ignorados mutuamente. Adjunto el índice provisional en la Tabla 5.

Tabla 5. Índice provisional para *Psicopatología del equilibrio*.

<p>Capítulo 1. Anatomía y fisiología del equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación <p>Capítulo 2. Fenomenología del equilibrio y el desequilibrio.</p> <p>Capítulo 3. Perspectivas etiológicas históricas y actuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pre-descubrimiento sistema vestibular ■ Post-descubrimiento sistema vestibular <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión sistemática estudios desde PSQ ○ Revisión estudios desde ORL <p>Capítulo 4. Marco integrador.</p> <p>Capítulo 5. Orientaciones heurísticas para el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vía negativa. ■ Visión pragmática.
--

Por último, quiero comentar que estaré satisfecho si tras la lectura de este breve ensayo, los diferentes profesionales que están en contacto con este tipo de problemáticas han podido ampliar algo su visión. En el caso de mis compañeros/as psicólogos/as, que seguro tratan con pacientes con estas experiencias, las animo a que aumenten su exploración con sus propias herramientas terapéuticas y, de encontrarse síntomas vestibulares, la resuelvan de la mejor manera posible con los recursos asistenciales que tengan disponibles en su región. Asimismo, me interesa cualquier punto de vista o información que tenga que aportar cualquier persona (afectada y/o profesional), así que no duden en ponerse en contacto conmigo.