



# APAT

# 34

Abril 2014

Publicación cuatrimestral editada por APAT Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus  
Calle Providència, 42. Hotel de Entidades de Gràcia. 08024 Barcelona  
Tel. 699 067 743 \* [jims@es.inter.net](mailto:jims@es.inter.net) \* [www.acufenos.org](http://www.acufenos.org)

## Sumario

Asamblea General de Socios de la Asociación .....	1
Memoria de actividades. Año 2013 .....	2
Los fármacos ototóxicos .....	4
La paroxetina es un fármaco ototóxico .....	5
Tratamiento farmacológico del acúfeno .....	5
Sírvase usted mismo. Terapia de tinnitus: historia de un éxito .....	8
Preguntas y respuestas .....	10
Tratamiento bimodal de rTMS (estimulación magnética transcraneal repetitiva) para pacientes con tinnitus idiopático subjetivo (síntoma de irrupción espontánea y desconocida). Un estudio piloto de estimulación a alta dosis .....	11
Evaluación del estrés psicológico causado por el acúfeno .....	13
Entender mejor el acúfeno permite afrontarlo mejor .....	14

## Asamblea General de Socios de la Asociación

Como se había anunciado en la revista APAT33, y comunicado a los socios mediante carta y correo electrónico, tuvo lugar el pasado día 28 de febrero la preceptiva Asamblea General de Socios de nuestra asociación, que se desarrolló con arreglo al Orden del Día previsto.

En esta ocasión la asistencia de socios mejoró notablemente con respecto a las asambleas de años anteriores, aunque no se alcanzara el número de socios que sería de desear. Los puntos del orden del día se aprobaron por unanimidad, debiéndose destacar la actitud colaboradora y participativa de todos los socios presentes, lo que dio lugar a que la reunión tuviera una duración de dos horas.

Se aprobaron las cuentas anuales del año 2013 que arrojan un superavit de 78,94 €, resultado de los totales de gastos de 9.531,06 € y de ingresos de 9.610,00 €, los cuales proceden de las cuotas de los socios, de la subvención del Ajuntament de Barcelona (1.500,00 €) y de la ayuda recibida de Gaes, S. A. (600,00 €). Se aprobó mantener la cuota anual en 20,00 € en el año 2014. Se explicó que nuestra asociación no puede concurrir a las convocatorias de subvenciones estatales debido a que APAT es una asociación registrada en la Comunidad de Catalunya y no tiene ámbito estatal. Por otra parte se explicó también que en la actualidad, debido a la situación económica general, tanto las subvenciones de la Diputació de Barcelona como de la Generalitat de Catalunya tienen un carácter muy restrictivo o no se convocan.

En cuanto a la posible incorporación de nuevos miembros a la Junta Directiva no hubo ofrecimiento concreto alguno, aunque hubo varios socios que se ofrecieron para colaborar en las actividades de la asociación. Esta situación debería hacer reflexionar a los socios con capacidad de incorporarse a la Junta Directiva, debido a que algunos de sus componentes llevan muchos años en su cargo, y a causa de su edad su relevo sería deseable. La incorporación de nuevos socios a la Junta Directiva es necesaria, tanto para sustituir a los actuales directivos por razón de su edad como para aportar ideas nuevas. No obstante, por el momento, la continuidad de la Asociación no está en peligro, dado que los actuales componentes de la Junta Directiva están dispuestos a continuar en sus puestos mientras “el cuerpo aguante” y los socios estén de acuerdo.

En el punto de ruegos y preguntas tuvo lugar un animado coloquio entre los socios presentes en la Asamblea, del que cabe destacar que, como ocurre siempre que se reúnen personas afectadas por acúfenos, se escucharon opiniones e informaciones que permiten conocer y confirmar estrategias para convivir lo mejor posible con los acúfenos.

## **Memoria de Actividades. Año 2013**

### **Junta Directiva. Voluntarios**

La presente memoria describe las actividades realizadas por la Asociación en el año 2013, organizadas por la Junta Directiva de la entidad con la colaboración de voluntarios totalmente identificados con los objetivos de APAT.

La Junta Directiva está presidida por el Sr. Joan Serra Solá. Los restantes componentes son: Sr. Jordi Rodés Riau, Vicepresidente; Sr. Josep Ródenas Clot, Secretario; Sr. Josep Boronat Domingo, Tesorero; Sra. Mercedes Delclós Alonso, Sra. Carmela Borneo Aloisio y Sr. Ramón Martín Bueno, Vocales. En las actividades que se describen han participado varios voluntarios hasta un total de 25.

APAT cuenta con la ayuda del psicólogo Dr. Josep Ribas Fernández, que conduce los grupos de ayuda mutua (grupo terapéutico) que tienen lugar en Valencia, ha pronunciado diversas conferencias sobre el tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos y es autor de un texto sobre este tema publicado por la Asociación, y atiende a cuantos afectados por problemas psicológicos causados por la afección por acúfenos le son derivados desde la Asociación. En Valencia contamos con la ayuda de la psicóloga Isabel Ruiz que coordina y conduce los grupos de ayuda mutua que tiene lugar en dicha ciudad. El Dr. Joan Domenech, otorrinolaringólogo del Hospital Clinic de Barcelona colabora con APAT.

### **Subvenciones de las Administraciones**

Hemos contado con la ayuda del Ayuntamiento de Barcelona, que a pesar de las circunstancias económicas actuales mantiene su colaboración en forma de subvención, la cual junto con las cuotas de los socios (20,00 € anuales) y distintas donaciones de particulares permiten desarrollar las actividades de APAT, centradas en la gestión del Centro Integral de Atención, Información y Ayuda a las Personas Afectadas por Acúfenos (Tinnitus).

### **Teléfono de atención. Correo electrónico. Atención personal**

Nuestro teléfono de atención: 699067743 sigue atendiendo a todos los afectados que nos llaman. Hemos continuado con nuestra labor de contestar todas las consultas recibidas por correo postal, por correo electrónico y a través del correo de la web, la cual constituye un referente para los afectados por acúfenos de habla española, ya que recibimos consultas de toda España, de Latinoamérica e incluso de Estados Unidos.

Los voluntarios han atendido personalmente a los afectados que acuden a APAT. Se trata de un primer contacto en el que el afectado por las consecuencias de su afección sobre su calidad de vida, y por constatar que la Medicina no le soluciona su problema, y acude a APAT en demanda de información y ayuda.

La atención personal se realiza dos tardes a la semana, que por el momento permite atender sin agobios a todos los que acuden.

En conjunto: atención presencial, teléfono y correos postal y electrónico, hemos atendido 512 personas a lo largo del año 2013, de los cuales 29 fueron derivados al psicólogo.

### **Página Web**

Actualizamos continuamente el contenido de nuestra página web. No disponemos de contador de visitas, pero estimamos que el número de visitas debe ser elevado, ya que a través del correo de la web recibimos del orden de 325 consultas al año.

### **Revista informativa APAT**

Hemos cumplido el propósito de que la revista sea cuatrimestral y que tenga una extensión de 16 páginas. En el año 2013 hemos publicado las revistas números 31, 32 y 33, enviadas por correo electrónico a los socios que gozan de esta facilidad y en papel por correo postal a los demás socios. La revista APAT es la única que se publica en lengua española, y por ello tiene mucho interés para afectados de toda España y de Latinoamérica.

### **Otras publicaciones**

Hemos reeditado el informe sobre Fármacos Ototóxicos ya que la primera edición se había agotado. También hemos realizado nuevas copias del DVD sobre Relajación.

### **Contactos con médicos otorrinolaringólogos y otoneurólogos**

Tratamos de estar informados sobre estos profesionales, con el propósito de poder informar a los socios y a las personas afectadas que nos preguntan sobre este particular. Aprovechamos todas las ocasiones para insistir en los profesionales de la Medicina sobre el carácter ototóxico de muchos de los fármacos habituales, para que lo tengan en cuenta en su prescripción de fármacos a las personas con acúfenos.

### **Grupo de ayuda mutua**

El grupo sigue funcionando con una reunión mensual en Barcelona dirigida por el Dr. Josep Ribas. La asistencia media es de 9 personas.

Hemos continuado en 2013 la gestión de un grupo de ayuda mutua en Valencia iniciado en 2012, que a partir de este año 2014 tendrá continuidad de forma autónoma dirigido por una psicóloga Doña Isabel Ruiz residente en dicha ciudad.

Tuvo lugar en Madrid una conferencia del Dr. Josep Ribas en la que se invitó a socios y a interesados en general, para exponer a los afectados de dicha ciudad las posibilidades de habituarse a los acúfenos y se les propuso que se organizaran para celebrar reuniones de ayuda mutua como en Valencia.

### **Conferencia temática**

En el año 2013 hemos organizamos una conferencia temática a cargo de los Dres. Mercé Cusí y Josep Ribas, sobre **La Influencia de la Bioquímica Cerebral en la Percepción del Acúfeno**. La conferencia tuvo una asistencia de 60 personas muy interesadas en los temas expuestos, y el coloquio que tuvo lugar después de la exposición, registró un elevado número de intervenciones y de preguntas de los asistentes.

### **Relaciones con las autoridades sanitarias**

Por primera vez hemos conseguido hacer llegar nuestra voz a las autoridades sanitarias. Tuvimos una reunión con la responsable del Consell Consultiu de Pacients de la Conselleria de Salut de la Generalitat de

Catalunya, en la cual pudimos exponer nuestras aspiraciones en relación a los afectados por acúfenos, según se detalla en la revista APAT 32. Esperamos que en un futuro cercano nuestras reclamaciones serán atendidas. La documentación entregada está disponible para socios de otras Comunidades que tengan posibilidades de hacerla llegar a las autoridades sanitarias de su Comunidad.

### **Prensa, radio y TV**

El Periódico de Catalunya publicó un reportaje en junio 2013 sobre nuestra Asociación. También la revista Vytal: Salud y Belleza publicó una amplia información sobre la naturaleza del acúfeno y sobre las acciones de nuestra Asociación.

### **Minusvalías**

El informe sobre la gestión de las minusvalías por acúfenos e hiperacusia en el aspecto laboral publicado el año 2011, sigue siendo útil para personas que se ven obligadas a solicitar el reconocimiento de su incapacidad laboral por motivos de dichas dolencias.

### **Contactos con otras Asociaciones**

Tenemos un contacto muy fluido y cordial con Atinneus, asociación que agrupa a afectados por acúfenos de Euskadi. Formamos parte de EUTi Asociación de Asociaciones Europeas de Afectados por Tinnitus. Tenemos un excelente relación con France Acouphènes que cuenta con organización y medios importantes, y de la que traducimos muchas de las informaciones publicadas en su revista.

Estamos suscritos a Tinnitus Today, órgano de ATA American Tinnitus Association, que resulta de gran utilidad debido a las informaciones sobre investigaciones relacionadas con el tratamiento de los acúfenos (tinnitus).

## **Los fármacos ototóxicos**

El matemático William K. Clifford, en 1987, escribió un ensayo llamado *The Ethics of Belief*, en el que relata la hipotética historia del propietario de un buque que, aunque viejo y decrepito, seguía activo. Las reparaciones eran costosas y aunque sabía que no era correcto, decidió hacer el viaje con pasajeros sin reparar el barco. Poco a poco él mismo se iba convenciendo de que no pasaría nada, ya había hecho muchos viajes sin contratiempos. Así, hizo el viaje y no pasó nada.

Clifford propone una pregunta: ¿qué ocurre si el buque hace ese viaje, y otros, y no pasa nada? ¿Deja de ser culpable el propietario del buque? “No, ni un ápice”, dice Clifford, ya que una decisión es correcta o equivocada según se base o no en la evidencia disponible en el momento en que se toma la decisión.

La misma actitud debería adoptarse ante un fármaco cuya prescripción tiene el riesgo de ser ototóxico. Es fácil pensar: “Dado que la prevalencia puede ser pequeña, por una vez que lo tome no me va a empeorar mi acúfeno”, y tomar el fármaco. Una decisión como esta es correcta o es equivocada según se base o no en la evidencia disponible sobre esta característica del fármaco. Por tanto, la administración de un fármaco del que se sabe que es potencialmente ototóxico, aunque se sepa que su prevalencia (porcentaje de personas a las que afectó) es reducida, parece ser una decisión poco afortunada para una persona afectada por acúfenos.

¿Qué debe hacer si se da este caso? Debe explicar al médico que lo prescribió su condición de acufénico, y pedirle que sustituya el fármaco prescrito por otro con efectos equivalentes del que se sepa que no es ototóxico. Si el médico no tuviera en cuenta la condición de acufénico del paciente, e insistiera en su prescripción inicial, el paciente debería tomar su propia decisión. Llegado este punto no estamos en condiciones de aconsejar en un sentido u otro, será el paciente quien decida.

## La paroxetina es un fármaco ototóxico

José F.C., socio de APAT residente en Madrid, nos avisa sobre la ototoxicidad de la **Paroxetina**, una de cuyas denominaciones comerciales es **Seroxat**. En el prospecto del fármaco se señalan como efectos secundarios sentirse mareado, con inestabilidad o con alteraciones en el equilibrio, hormigueo, sensaciones de quemazón y, con menor frecuencia, sensación de descarga eléctrica, incluso en la cabeza, **zumbidos, silbidos, pitidos, campanilleo u otros ruidos persistentes en los oídos**, es decir **acúfenos**, indicando que en los ensayos realizados la prevalencia ha sido del 10 %, es decir, uno de cada diez pacientes ha sentido tales efectos. No se indica si el efecto ototóxico es temporal o es crónico. Dada esta prevalencia es aconsejable que las personas con acúfenos lo tengan en cuenta.

Este fármaco no figura en el listado publicado en 2011 y, obviamente, figurará en el listado revisado que tenemos previsto publicar a finales de 2014. Desconocemos la causa de que no aparezca en el referido listado, y sospechamos que, en su momento, esta información indispensable para los que tenemos acúfenos, no constaba en las bases de datos de farmacología consultados.

En el Diccionario de Fármacos que hemos consultado vemos la descripción del fármaco que sigue a continuación, en la que no consta su ototoxicidad.

**Paroxetina.** Antidepresivo. Pertenece al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Indicado* en el tratamiento de la depresión, de los trastornos obsesivo-compulsivos, angustia con o sin agorafobia, trastorno de la ansiedad generalizado y en el estrés postraumático. *Contraindicado* en pacientes con hipersensibilidad conocida al producto, asociación a IMAO (puede producir síndrome serotoninérgico), combinación con pimozida, en el embarazo, lactancia y en menores de 18 años. Los *efectos secundarios* al tratamiento son nerviosismo, insomnio, somnolencia, pérdida de peso, cefaleas, náuseas, vómitos, diarrea, hipomanía y acatisia. También puede dar lugar a la aparición de urticaria o rash cutáneo. Administración oral. La dosis habitual en adultos en el tratamiento de la depresión es de 20 mg al día, aumentando en fracciones semanales de 10 mg, con una dosis máxima de 50 mg/día. Se debe ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia hepática; la dosis recomendada máxima es de 20 mg al día. Se presenta en comp. de 10, 20, 30 y 40 mg.

Agradecemos a José F.C. su información y que haya querido compartirla con todos los componentes de APAT.

## Tratamiento farmacológico del acúfeno

Por el Dr. Josep Ribas Fernandez, Psicólogo.

Para el tratamiento del acúfeno disponemos de varios fármacos, cada uno de ellos con una especificidad concreta. En lo que sigue, y con propósito de informar a los afectados, describimos los fármacos más comúnmente prescritos en el tratamiento del acúfeno. El lector debe entender que la prescripción de estos fármacos debe ser realizada por el médico en todos los casos, ya que la automedicación encierra muchos riesgos que no se deben correr.

El tratamiento farmacológico del acúfeno dependerá de la etiología del acúfeno (su causa) y del impacto emocional que haya provocado en el paciente (ansiedad, insomnio, depresión, etc.). Cuando la causa del acúfeno puede estar relacionada con algún tipo de traumatismo, con sordera súbita, con infecciones e inflamaciones del oído, etc. generalmente los fármacos de primera elección son los corticoides. Son corticoides típicos **Prednisona** y **Deflazacort**. Existe toda una gama de corticoides con algunas características diferenciales entre ellos, y cuya elección dependerá de la información de la que disponga el facultativo correspondiente.

El tratamiento del acúfeno persigue, en realidad, la eliminación del impacto emocional y la regulación bioquímica cerebral (concentración de serotonina) causados en el paciente por el acúfeno, y para ello se dispone de distintos fármacos que, en su mayor parte, habiendo sido diseñados para otros trastornos neurológicos, son de aplicación al acúfeno. Esta consideración se apoya en los trabajos de Jastreboff y Hazell sobre fisiopatología del acúfeno, confirmados posteriormente por multitud de investigaciones, que concluyen que el acúfeno es consecuencia de una hiperactividad neural anormal que afecta al área del cerebro que procesa los estímulos sonoros, que se traduce en percibir un sonido que no tiene una fuente exterior que lo provoque, y que puede haber sido motivados por distintas causas: exposición habitual al ruido, traumatismos, infecciones en el oído, fármacos ototóxicos, estrés, etc.

Dos son los fármacos recomendados habitualmente para el tratamiento sintomático del acúfeno: **Mirtazapina** y **Pregabalina** (conocido como **Lyrica**). Cuando el afectado presenta un trastorno emocional, previo o a consecuencia del acúfeno, debe ser tratado por un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina **ISRS** como la **Fluoxetina**, ya que, de lo contrario, el tratamiento con los dos fármacos señalados no tendría el efecto esperado. La fluoxetina es un antidepresivo del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ampliamente prescrito en trastornos como depresión, bulimia, etc. El objetivo de la prescripción de la fluoxetina es, entre otros, el aumento de la concentración de la serotonina, ya que distintas informaciones contrastadas evidencian que una baja concentración de serotonina se corresponde con una percepción más intensa del acúfeno, en tanto que una concentración normal o elevada da lugar a una percepción menos intensa del acúfeno. Sobre este particular remitimos al lector a la revista APAT31 en la que se expone una amplia información sobre el efecto de la concentración de la serotonina en la percepción del acúfeno.

Es oportuno insistir sobre la necesidad de que la prescripción de estos fármacos debe ser realizada por el médico. Los fármacos con efecto **ISRS** como la **Fluoxetina**, presentan muchas interacciones farmacológicas con otros fármacos que pueden potenciar la recaptación selectiva de serotonina, lo que en casos extremos puede dar lugar a un síndrome serotoninérgico que puede cursar con agitación, diarrea, fiebre, hiperreflexia, diaforesis, incoordinación, mioclono, temblores, alteración del estado mental y coma. También en los demás fármacos que aquí se describen, el riesgo de interacciones farmacológicas con otros fármacos, interacciones que pueden ser de naturaleza distinta o similar a la descrita en el caso de la fluoxetina, debe tenerse en cuenta al prescribirlos, por lo que resulta absolutamente necesario que sea el médico el que realice la prescripción.

La **Mirtazapina** es un antidepresivo tetracíclico con un marcado efecto sedante, lo que facilita un sueño reparador. Se ha observado además, que con dosis de 15 mg al día, que resultan infraterapéuticas para el tratamiento de la depresión, rebaja de forma notoria la frecuencia del acúfeno lo que reduce notablemente la perturbación ocasionada por la percepción del acúfeno (la frecuencia que se mide en Hz, y permite calificar a los sonidos en agudos o de alta frecuencia, y en graves o de frecuencia baja).

Dada la fisiopatología del acúfeno mencionada anteriormente, la prescripción de anticonvulsivos tiene resultados eficaces en el tratamiento del acúfeno. Se han probado fármacos como **Carbamazepina**, **Gabapentina** y **Pregabalina**, siendo este último el que, según la mayoría de los afectados, no tiene efectos secundarios, y en los pocos casos que se describen efectos secundarios son de muy escasa entidad.

En el mercado existen distintos productos naturales que pueden suplir a alguno de los fármacos que se han descrito. La **Mirtazapina** se puede sustituir por **Melatonina 1,9 mg**; en lugar de la **Pregabalina (Lyrica)** se puede tomar **Gaba 500 mg**; y finalmente en lugar de la **Fluoxetina** se dispone de **Triptófano** para el aumento de la concentración de serotonina.

Si se observan las dosis prescritas en los correspondientes prospectos que acompañan a los fármacos, tanto si se toma **Fluoxetina** (u otro **ISRS**) como si se toma **Triptófano**, no existe riesgo alguno de sufrir un síndrome serotoninérgico con las consecuencias enunciadas anteriormente. El problema puede surgir cuando se mezclan dos fármacos que ambos tienen como finalidad incrementar los niveles de serotonina.

Para información del lector transcribimos a continuación las definiciones de los distintos fármacos encontradas en el Diccionario de Fármacos.

**Prednisona.** Glucocorticoide. Mayor potencia que la cortisona. *Indicado* en múltiples condiciones clínicas entre las que se encuentran: terapia de remplazo en la enfermedad de Addison, hipercalcemia asociada a neoplasias, terapia coadyuvante en procesos reumáticos en las fases agudas, estados alérgicos, enfermedades dermatológicas, enfermedades neoplásicas, enfermedades autoinmunes, crisis asmáticas, estados de shock, edemas fatales (de glotis), etc. *Contraindicado* en alergia a corticoides, en micosis sistémicas y en administración conjunta con vacunas vivas o vivas atenuadas. Los *efectos adversos* de los corticoides dependen más del tiempo de administración que de la dosis administrada e incluyen hiperglucemia, retención de sodio y agua, síndrome de Cushing, aumento de peso, aumento del apetito, úlceras, infecciones o reactivación de infecciones latentes, osteonecrosis, osteoporosis y disminución de la densidad mineral ósea. Administración oral. Dosificación variable. Se presenta en comp. de 2,5; 5; 10 y 30 mg.

**Deflazacort.** Glucocorticoide antiinflamatorio de acción prolongada. *Indicado* en todas aquellas afecciones graves tanto agudas como crónicas (y que respondan a la terapia con glucocorticoides), en las que sea necesario un efecto antiinflamatorio, antialérgico o antirreumático rápido y potente. *Indicado* en el tratamiento sintomático de enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, fiebre reumática, etc.), enfermedades dermatológicas (eritema, psoriasis grave, pénfigo, dermatitis exfoliativas, etc.), enfermedades pulmonares (fibrosis pulmonar, etc.), enfermedades alérgicas (asma bronquial, etc.), alteraciones hematológicas (leucemias, linfomas, anemias hemolíticas, etc.), trastornos gastrointestinales y patologías oculares. Los *efectos secundarios*, *contraindicaciones* e *interacciones* son los mismos que los de los glucocorticoides. Administración oral. Dosis habitual en adultos: 6 a 90 mg/día. La dosis en niños y lactantes mayores de 2 meses es de 0,25-1,5 mg/kg/día o días alternos. Se presenta en comp. de 6 y 30 mg y en solución de 22,75 mg/ml (1 gota = 1 mg de deflazacort).

**Fluoxetina.** Antidepresivo. Pertenece al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Indicado* en el tratamiento de la depresión del anciano, adultos y niños mayores de 8 años, de la bulimia nerviosa y de los trastornos obsesivo-compulsivos. *Contraindicado* en pacientes con hipersensibilidad conocida al producto, asociado a IMAO (puede producir síndrome serotoninérgico). Los *efectos secundarios* al tratamiento son nerviosismo, somnolencia, pérdida de peso, cefaleas, náuseas, vómitos, diarrea, hipomanía y acatisia. También puede dar lugar a la aparición de urticaria o rash cutáneo, ante lo cual es aconsejable suspender el tratamiento. Administración oral. La dosis habitual en adultos para el tratamiento de la depresión es de 20 mg al día con una dosis máxima de 60 mg/día. El fármaco alcanza su máximo efecto terapéutico a las 4-6 semanas de iniciar el tratamiento. Se presenta en cáps. de 20 mg y en solución oral (20 mg/5 ml).

**Mirtazapina.** Antidepresivo tetracíclico. Actúa modificando la neurotransmisión serotoninérgica (antagonista de los receptores de serotonina) y noradrenérgica (antagonista de los receptores alfa2-adrenérgicos presinápticos). Posee acción antihistamínica H1. *Indicado* en el tratamiento de la depresión. *Contraindicado* en la alergia a la mirtazapina, en administración conjunta con IMAO, en el embarazo, en la lactancia y en menores de 18 años. *Precaución* en la epilepsia, OH y/o IR, infarto de miocardio, arritmias, hipotensión, uropatía obstructiva, glaucoma, psicosis y en los ancianos. Los *efectos secundarios* más frecuentes incluyen sedación, somnolencia, exantemas, hipotensión, aumento de peso, convulsiones, manía y anemia aplásica. Administración oral. Dosis oral usual en adultos: 15-45 mg al día (preferentemente antes de acostarse). Se presenta en comp. de 15, 30 y 45 mg y solución oral de 15 mg/ml.

**Pregabalina.** Antiepiléptico. *Indicado* en el tratamiento de la epilepsia, del dolor neuropático, y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Contraindicado* en caso de hipersensibilidad al fármaco. Durante el embarazo sólo se acepta si no hay alternativas más seguras y si los beneficios superan los posibles riesgos, y se recomienda evitar en la lactancia. Debe darse con *precaución* en caso de diabetes, IR y en IC. Vigilar si se asocia con depresores del SNC, puede aumentar la sedación. Los *efectos secundarios* más frecuentes son mareos, somnolencia, confusión, irritabilidad, reducción de la libido, vómitos y estreñimiento. Al suspenderlo, si se hace de forma abrupta, puede darse síndrome de abstinencia. Se administra por vía oral. La dosis varía de 150 a 600 mg al día, en dos o tres tomas. Las dosis deben aumentarse y reducirse progresivamente, para evitar posible toxicidad. Puede ser necesario reducir la dosis en caso de IR y en ancianos. No dar en menores de 18 años. Se presenta en cáps. de 25, 75, 150 y 300 mg.

## Sírvase usted mismo. Terapia de tinnitus: historia de un éxito

Tinnitus Today, la revista que publica American Tinnitus Association (ATA) inserta en su último número la descripción de una terapia realizada por un afectado por tinnitus (acúfenos) que le ha permitido habituarse a su tinnitus y recuperar su calidad de vida. Nos ha parecido interesante publicarla, ya que viene a confirmar lo que hemos publicado tantas veces sobre la autohipnosis, la respiración diafragmática (el autor del artículo la denomina respiración profunda) y la relajación, estas dos últimas: respiración diafragmática y relajación ampliamente explicadas en el DVD realizado por APAT y puesto a disposición de los socios.

La traducción del artículo la ha realizado Mercedes Delclós, a la que agradecemos su dedicación.

Por Steve Ward, socio de ATA desde el 2009. Después de una carrera en la ciencia del láser y en la investigación con naves espaciales, pasó la última década escribiendo, editando y volando. Da clases de Literatura en la Universidad de Brenau y edita novelas como escritor independiente.

Primero, consideren mi perfil. No soy ni médico ni psiquiatra. Sólo tengo una credencial relevante: una vez sufrí de tinnitus, al principio moderado, después muy intenso, y ahora no lo sufro. Quiero compartir mi historia con la esperanza de poder ayudar a otras personas.

Pregunte lo que pregunte, siempre se oye la misma respuesta: “Actualmente no hay una cura para el tinnitus”. Los artículos más optimistas mencionan la relajación, la respiración profunda y terapias sonoras caras. ¿Relajación? ¿Respiración profunda? ¿Está usted bromeando? ¡Mis oídos están gritando!

Tengo que admitir que en el año 2008 pensaba que mi vida estaba acabada. Cuando el mercado se hundió, privándome de la mitad de mi jubilación y la misma semana me enteré de que tenía cáncer de próstata, mi cerebro disparó un detonador. No sólo mis oídos resonaban, sino que zumbaban, rugían y trinaban. Podría escribir páginas sobre mi sufrimiento, pero esto no sería noticia para los miembros de ATA. Incluso peor, cualquier sonido fuerte me hacía encoger de espanto. No podía ir a fiestas, restaurantes o aeropuertos. Huía del secador de pelo de mi esposa, de los ruidos de la ducha o incluso de los lavabos con irrigación. Durmiendo poco e incapaz de comer o moverme por la vida de una manera normal, sólo hubo una buena noticia: perdí 35 libras.

Al año siguiente me sentía como un zombi. Los medicamentos Ambien, Sanax y Mirtazapine me ayudaban a dormir por la noche y a disminuir la depresión y la ansiedad. Poco a poco empecé a recuperar mi vida. Entré a formar parte del Grupo de Soporte de Tinnitus de Atlanta, dirigido por Erica Caplan, me hice miembro de ATA y empecé a buscar soluciones “alternativas”.

Lo esencial que aprendí es que mi cerebro es el problema. Una parte de mi cerebro está atornillando y “haciendo sonar” a otra parte de mi cerebro gran parte del tiempo. En otras palabras, la parte subconsciente de mi cerebro (la que desencadena el latido de mi corazón) está irritando a mi cerebro consciente (el que siente sufrimiento).

Cuando aprendí que hay muchas partes en el cerebro y muchos niveles de consciencia, algo se me ocurrió. ¿Estamos a merced de nuestros cerebros defectuosos? ¿Por qué no renovamos un poco la instalación eléctrica de nuestras “computadoras” y arreglamos el problema? A veces, el cerebro puede curarse por sí mismo haciendo nuevas conexiones, lo que se llama “plasticidad”. Las víctimas de un derrame cerebral han de volver a conectar sus cerebros para recuperar su función. Pero eso lleva mucho trabajo y el cerebro tiene que ser guiado, reconducido.

Esta es la cuestión del siglo para los que sufren de tinnitus: ¿Podemos volver a conectar nuestros cerebros con respecto al tinnitus? La investigación del tinnitus se está moviendo rápidamente en esta dirección y se están desarrollando recursos para inducir o deshacer cambios de plasticidad. Sin embargo, hasta entonces,



¿es posible hacerlo por nosotros mismos? Yo no estoy seguro de que todo el mundo pueda hacerlo, pero sé que es posible porque yo lo he hecho. Mi potente tinnitus ha desaparecido y he recuperado mi vida.

Los doctores me dijeron que no es posible. Algunos dicen que es cuestión de habituarse. Pero no lo creo. Literalmente “oigo” el ruido ir de fuerte a flojo, o de flojo a más flojo cada día. Esto requiere un poco de auto entrenamiento sobre el cerebro en tópicos como plasticidad, meditación, curación a través de visualización guiada y autohipnosis.

En lugar de desear o esperar una curación, ¿por qué no nos ponemos en acción y hacemos un serio intento para volver a conectar nuestros cerebros? ¿No es posible? ¡Claro que lo es! Lo hacemos cada día. Las células del cerebro mueren a medida que nos hacemos mayores. Sin reconexión, finalmente caminaríamos delante de un autobús.

Entonces, ¿cómo podríamos hacer esto? Así es cómo lo hice yo:

**MEDITACIÓN.** Cada noche, antes de irme a dormir, hago cinco minutos de relajación con respiración profunda, una rutina similar a la meditación. Esto desciende el nivel de la actividad mental, hace descender la escala de la consciencia y abre la puerta para el diálogo con mi cerebro subconsciente.

**AUTOHIPNOSIS.** En cuestión de un minuto entro mentalmente en un diálogo, el mismo cada noche. Esto permite a mi cerebro consciente hablar con mi cerebro subconsciente y hacer algunas sugerencias. Reconozco que mi cerebro subconsciente ha hecho un buen trabajo mitigando mi tinnitus, y sugiereo que estaría bien servido si hiciera lo mismo mañana. Insinúo que cuando me despierte, mi tinnitus habrá disminuido.

**CURACIÓN CON VISUALIZACIÓN GUIADA.** Cada mañana al despertarme repito lo mismo, un minuto de rutina de autohipnosis. Sin tener en cuenta lo fuerte que mis sonidos estén sonando, digo a mi cerebro subconsciente que descenderá el ruido en cinco pasos: (1) cuando me levante de la cama, (2) cuando me lave la cara, (3) cuando me tome el café, (4) cuando lea el periódico y (5) cuando desayune. Visualizo el ruido descendiendo un 20 % en cada paso. Antes de levantarme, imagino que tendré un maravilloso día con un tinnitus a bajo volumen.

¡Me sorprendí la primera vez que funcionó! Pero no funcionó cada día. Eso fue hace dos años. Con práctica, empezó a funcionar más y más, y ahora funciona casi todo el tiempo.

La parte mejor es que los ruidos fuertes ya no son un problema. Acabo de ir a Nueva Zelanda con mi esposa, sobre 15 horas cada recorrido en el avión. ¡Sin tapones para el oído! Mi vida social ha vuelto a la normalidad, y ¡uf! he recuperado todo el peso de antes. He vuelto a cantar en el coro y a tocar la guitarra. Incluso, puedo estar junto a mi mujer cuando se está secando el pelo.

El concepto de la curación propia del cuerpo y la mente, que se va aceptando cada vez más por la comunidad médica, nos dice que la aproximación poco convencional para mitigar el tinnitus, tiene algo de sentido. Desgraciadamente, el cerebro subconsciente no actuará sólo; requiere sugerencias y sugerencias apropiadas, y mucha repetición. Como cualquier otra habilidad humana, la práctica se perfecciona.

Cuando expliqué esto a mi psiquiatra, simplemente se encogió de hombros y dijo: “Si te funciona...”

¿Por qué no practicar la respiración profunda? Éste es el primer paso, pero no acaba aquí. Se ha de continuar con la meditación, la hipnosis, la visualización guiada y comprobar si funciona. No esperes un silencio instantáneo. Trabájatelo. No te rindas. Y verás cómo se incrementa el progreso.

Tanto si lo crees como si no, puedes volver a conectar tu cerebro. La terapia de comportamiento cognitivo, la terapia de reentrenamiento del tinnitus, e incluso la respiración profunda, todo depende de una reconexión. Llévalo al siguiente nivel y dile a tu cerebro subconsciente exactamente lo que quieres que haga. Dile que rechace el ruido. Dedícale unos minutos cada día, al menos durante tres meses.

A mí me funcionó, y rezo para que a tí te funcione.

## Preguntas y respuestas

**Advertencia.** El consejo y opinión de los profesionales externos de la salud no necesariamente reflejan las opiniones de la Asociación Americana del Tinnitus. Sus consejos se transmiten únicamente por razones informativas, y no deben reemplazar a una evaluación médica de su propio profesional de la salud especialista en tinnitus.

Por James Henry, profesional de la salud. De la revista Tinnitus Today, Vol. 38, nº 3. Traducción a cargo de Mercedes Delclós

### **Pregunta: ¿Qué origina la fluctuación del tinnitus?**

**Respuesta:** El tinnitus puede fluctuar en el tiempo respecto al volumen, el tono y la composición espectral.

La exposición a ruidos fuertes puede dañar al oído interno, más específicamente a las células pilosas externas en la cóclea. El daño puede causar una pérdida auditiva temporal y/o tinnitus. Con una exposición repetitiva, sin embargo, o con un sonido extremadamente fuerte, la pérdida auditiva y el tinnitus pueden llegar a ser permanentes. Una exposición más continuada puede empeorar los síntomas.

El volumen del tinnitus puede incrementarse también debido al estrés, al insomnio, a ciertos medicamentos, incluidos los psiquiátricos, a la quinina, a la aspirina, a los antibióticos aminoglicósidos, a algunos medicamentos para el cáncer y a interacciones entre los medicamentos. Estos efectos son normalmente temporales, pero en ocasiones son permanentes.

Otras causas de la fluctuación del tinnitus incluyen el alcohol, la cafeína, la sal, el ejercicio y cambios en el nivel de la glucosa sanguínea o de la presión. Hay quien dice que son estos factores los que provocan el aumento o el descenso del volumen de su tinnitus.

Los estudios de investigación, sin embargo, no han confirmado estas informaciones individuales, lo cual no quiere decir que estos factores no puedan originar la fluctuación del tinnitus en algunos casos.

Yo he tenido tinnitus durante más de 30 años. Mi tinnitus parece fluctuar al azar, pero generalmente los cambios duran días, más suave algunos días y más fuerte otros. Nunca he sido capaz de asociar ningún factor que origine las fluctuaciones, excepto el insomnio y la exposición a un sonido fuerte.

**Pregunta: He tenido tinnitus durante tres años y siempre intento protegerme los oídos cuando estoy en ambientes con un fuerte volumen de ruido. Últimamente he notado que me estoy volviendo extremadamente sensible a sonidos que otras personas dicen que no son fuertes o molestos. ¿Por qué ocurre esto?**

**Respuesta:** Usted está describiendo una condición que estaría bajo el término “tolerancia reducida al sonido”, lo cual significa que usted tiene problemas para tolerar los sonidos que son fácilmente tolerados por otros. Esta condición, generalmente referida como “hiperacusia”, a veces produce tinnitus, y puede ser el resultado de una “ganancia aumentada” en los conductos auditivos ( como la subida del volumen en una radio).

Mientras que la hiperacusia describe una sensación de incomodidad física originada por el sonido, otra condición de tolerancia al sonido, la “misofonía”, se refiere a reacciones emocionales al sonido. El término significa literalmente “aversión al sonido”. Con la misofonía, el nivel del sonido no es el problema; son el problema el tipo de sonido y las emociones evocadas.

La hiperacusia y la misofonía son tratadas de una manera diferente. El tratamiento para la hiperacusia implica una insensibilización, una exposición gradual al aumento de niveles de sonido para aumentar la tolerancia. La misofonía también implica una insensibilización al sonido, pero implica activamente la escucha de sonidos interesantes, de manera que la mente entre en un camino que reduzca el problema de la molestia del sonido.

El tratamiento para la hiperacusia es generalmente exitoso. Los generadores de sonido de nivel auditivo se pueden incluir en el tratamiento, lo que puede optimizar el programa de desensibilización.

El tratamiento para la misofonía puede ser más difícil, debido al componente psicológico. Los audiólogos pueden ofrecer este tratamiento, pero es necesario incluir un psicólogo. Estos profesionales deberían trabajar juntos para suministrar terapia de sonido y un asesoramiento necesario para tratar cuestiones psicológicas de importancia que podrían ser la fuente de las reacciones.

### **Tratamiento bimodal de rTMS (estimulación magnética transcraneal repetitiva) para pacientes con tinnitus idiopático subjetivo (síntoma de irrupción espontánea y desconocida). Un estudio piloto de estimulación a alta dosis**

Por el Doctor Jay Piccirillo. De la revista "Tinnits Today", Vol. 38, nº 2. Traducido por Mercedes Delclós.

La estimulación magnética transcraneal para su aplicación a la eliminación del tinnitus está siendo estudiada por numerosos equipos de investigadores de todo el mundo. En las revistas APAT25 y APAT30 publicamos información sobre los trabajos y los resultados obtenidos en la Universidad de Jülich en Alemania, al utilizar la estimulación magnética realizada por un aparato de su invención denominado Neuroestimulador Jülich, utilizado anteriormente en el tratamiento de otros trastornos neurológicos.

El tratamiento diseñado en la Universidad de Jülich ha dado lugar a la creación de una empresa *spin-off* de la propia Universidad, para la comercialización del neuroestimulador en Alemania y en otros países. En su momento nos pusimos en contacto con los responsables de dicha empresa y nos explicaron que en Alemania había ya 1.500 unidades en funcionamiento, y que estaban tratando de alcanzar acuerdos con distribuidores en otros países europeos para que, una vez aprobada su utilización por las correspondientes autoridades de Sanidad, pudieran distribuir el referido neuroestimulador.

Recibimos consultas de afectados por tinnitus que se interesan por la aplicación del neuroestimulador Jülich, a los que enviamos las referidas revistas en las que figuran los teléfonos y el correo electrónico de los responsables. Sería interesante que las personas que se hayan podido poner en contacto con dichos responsables nos informaran del resultado de sus gestiones, lo que inmediatamente pondríamos en conocimiento de nuestros socios. Entre otras cuestiones que nos interesa conocer, destaca saber si el neuroestimulador Jülich está autorizado para su aplicación en España y si lo está, conocer dónde (Hospitales, consultorios profesionales, etc.) se encuentra en funcionamiento.

Por el interés que tiene conocer las posibilidades de la estimulación magnética transcraneal para la curación del tinnitus, por ser un método no invasivo y, según parece, sin efectos secundarios nocivos para el paciente, nos interesa estar al corriente de los estudios que se llevan a cabo en todo el mundo. Por este motivo publicamos el estudio que sigue. Desgraciadamente, como ocurre en muchos casos, el estudio no llega a conclusiones definitivas, y una vez más, concluye que son necesarios más estudios para determinar las condiciones óptimas de la estimulación magnética: frecuencia, intensidad, duración, etc. A pesar de ello, nos parece interesante transcribirlo, aun reconociendo que en el mismo se vierten conceptos que no están al alcance del paciente común, ya que son propios de los profesionales de la salud, y aún más, de los profesionales de la salud con experiencia en estimulación magnética transcraneal.

Describimos un estudio piloto “open-label” –situación en que ambos, investigador y participante en un estudio de investigación, conocen el tratamiento que el participante está recibiendo– en el que se investiga la seguridad y la tolerabilidad en la combinación de la rTMS de alta frecuencia en el córtex prefrontal dorsolateral izquierdo (DLPFC), el córtex prefrontal lateral y la rTMS de baja frecuencia en el córtex temporo-parietal izquierdo (TPC) en pacientes con un tinnitus muy molesto. Con la esperanza de conseguir una mejor respuesta, elegimos utilizar un mayor número de estimulaciones de lo que previamente se había informado en pacientes con tinnitus. Dado que el magneto de la rTMS produce un fuerte ruido junto al oído del sujeto, queríamos asegurarnos de que los pacientes de tinnitus podían tolerar una estimulación más alta sin empeorar su tinnitus u otros casos adversos.

Durante los tratamientos, los pacientes estaban cómodamente sentados en un sillón abatible, llevando espuma o tapones para los oídos, mientras el magneto estaba sostenido por un sistema de palanca de detonación que permite un ajuste entre las dos áreas de tratamiento. El umbral motor se determinó estimulando el córtex motor con un magneto de umbral motor dedicado a obtener una respuesta reproducible (la mitad del tiempo o más) en el músculo del pulgar derecho. El magneto fue colocado sobre el DLPFC izquierdo primero, y secuencialmente colocado sobre el TPC izquierdo para todos los pacientes, sin tener en cuenta el lado de la lateralidad del tinnitus. El lugar de estimulación para el DLPFC, fue localizado utilizando el sistema de localización Haz F3. La localización del TPC se hizo por medio del Sistema Internacional 10-20 de emplazamiento de electrodos electroencefalográficos.

Cada sesión de TMS consistía en 4.000 pulsaciones iniciales de rTMS de alta frecuencia aplicadas sobre el DLPFC a 10 hercios, cinco segundos conectado y quince segundos desconectado al 110 % del umbral motor (26.6 minutos de duración). Posteriormente, los participantes recibieron 1.800 pulsaciones de rTMS de baja frecuencia aplicadas sobre el TPC a 1 hercio, 900 segundos (15 minutos) conectado y 60 segundos desconectado a un umbral motor al 110 % (31 minutos de duración). Todos los participantes eran conscientes de que estaban recibiendo tratamiento activo. Cada participante recibió cinco tratamientos de rTMS por semana, de lunes a viernes, durante dos semanas.

Había cinco participantes en el estudio (cuatro hombres), cuya edad mediana era de 55 años, y todos eran caucásicos. Las perturbaciones en el sueño fueron relatadas por tres personas y dos dijeron que hicieron considerables esfuerzos para ignorar el tinnitus. El resultado medio básico del THI (Índice de hándicap de tinnitus) fue 51.2, el resultado medio del tratamiento posterior de THI fue 39.6, y el resultado medio básico del postratamiento en el THI fue experimentado por tres personas. Para finalizar, una persona dijo que “En general, el zumbido en sus oídos ha bajado de tono, es menos frecuente, más débil y más bajo en volumen que al principio del estudio. Aún sigue ahí, pero a menudo se tiene menos consciencia de él y no parece que dure tanto tiempo”.

Además de la disminución en los resultados del THI, encontramos que las personas con un tinnitus muy molesto, eran capaces de tolerar un intenso protocolo de TMS con 4.000 pulsaciones de estimulación DLPFC de alta frecuencia y 1.800 pulsaciones para una duración total de una hora aproximadamente. Estas intensidades de estimulación son significativamente más altas que aquellas reseñadas en el otro único artículo en la literatura de la estimulación bimodal en el tinnitus. Ningún paciente experimentó efectos secundarios graves y todas las personas pudieron completar todas las sesiones.

Los estudios previos de rTMS en el tratamiento del tinnitus se han centrado principalmente en estimular los conductos auditivos que están implicados en la patogénesis del tinnitus. Sin embargo, la percepción del tinnitus se piensa que está modulada por los circuitos cerebrales responsables de la atención y el estado de ánimo. Así, la rTMS del DLPFC podría reforzar los mecanismos inhibitorios deficientes en los pacientes con tinnitus. Además, el DLPFC es parte del sistema prefrontal temporal, que es considerado crítico para el almacenamiento transitorio de los estímulos auditivos. La rTMS del DLPFC, dada en conjunción con la rTMS del TPC, fue mostrada para aumentar la durabilidad de la respuesta al tinnitus con la rTMS y mientras los resultados son bastante interesantes, no hablan del efecto independiente del estímulo en el DLPFC. Son necesarios más estudios para explorar el efecto independiente de la estimulación en el DLPFC.

## ¿Quieres ser miembro de nuestra asociación?

Para que una asociación sea efectiva y pueda trabajar bien respaldada tanto social como económicamente necesita tener un buen número de asociados. Nuestra Asociación no cuenta con otra fuente de ingresos que la cuota anual de 20,00 € de nuestros asociados y una subvención del Ayuntamiento de Barcelona que cubre aproximadamente el 15 % del presupuesto anual.

Si quieres colaborar, suscríbete y envíanos el boletín adjunto debidamente rellenado a:

APAT. Providència 42, 08024 Barcelona

Nombre .....

Dirección .....

Código postal ..... Localidad y provincia .....

Año de nacimiento ..... Teléfono ..... CIF .....

Correo electrónico .....

Cuenta bancaria para domiciliación de las cuotas (indíquese el IBAN):

.....

..... a ..... de ..... de .....

Firma:

## Evaluación del estrés psicológico relacionado con el acúfeno

En muchas dolencias se dispone de escalas comparativas que permiten evaluar de una forma casi objetiva la gravedad de la dolencia. La información que proporciona la escala comparativa permite en muchos casos determinar el tipo de tratamiento a aplicar. En el caso de afectados por acúfenos se dispone de varios cuestionarios que, una vez completados por el paciente, permiten evaluar la gravedad del estrés psicológico generado por el acúfeno.

Uno de estos cuestionarios es el Cuestionario del Acúfeno TQ, que consta de un excesivamente elevado número de preguntas a las que debe responder el afectado, y que por ello su utilización resulta muy pesada para el paciente y de difícil evaluación para el facultativo. Para resolver esta cuestión los doctores Wolfgang Hiller (Mainz, Alemania) y Gerhard Goebel (Prien, Alemania) realizaron una versión reducida de dicho cuestionario a la que denominan Cuestionario MIni-TQ, que consta de 12 preguntas que debe responder el afectado y que permite una evaluación del estrés psicológico causado por el acúfeno que es válida a todos los efectos.

Para asegurarse que el nuevo cuestionario tenía la misma eficacia que el anterior, compararon la aplicación de ambos cuestionarios en 351 pacientes internados y 122 pacientes externos con acúfeno crónico, resultando que las evaluaciones obtenidas con uno y otro cuestionario fueron estadísticamente coincidentes, lo que permite utilizar el Cuestionario Mini TQ, cuya aplicación es fácil y rápida.

Se trata de responder a las 12 preguntas que aparecen en la tabla que sigue, realizar la suma de las puntuaciones obtenidas con las 12 respuestas y comparar con la escala que figura al pie de la tabla.

	Cierto	Parcialmente cierto	No es cierto
Soy consciente de los ruidos en los oídos desde el despertarme hasta el acostarme			
Por causa de los ruidos en los oídos tengo miedo de que algo grave esté pasando en mi cuerpo			
Si los ruidos en los oídos siguen, mi vida perderá el sentido			
Por causa de los ruidos en los oídos pierdo fácilmente la paciencia con mi familia y con mis amigos			
Tengo miedo de que los ruidos en los oídos puedan dañar mi salud corporal			
Debido a los ruidos en los oídos es más difícil relajarme			
A menudo los ruidos en los oídos son tan terribles que no puedo pasarlos por alto			
Por causa de los ruidos en los oídos necesito más tiempo para conciliar el sueño			
Debido a los ruidos en los oídos me pongo triste con más facilidad			
A menudo pienso que los ruidos en mis oídos jamás cesarán			
Soy una víctima de los ruidos en los oídos			
Los ruidos afectan mi concentración			
<p><b>Evaluación. Cada pregunta contestada cierto se puntúa 2 puntos; parcialmente cierto se puntúa 1 punto y no es cierto se puntúa 0 puntos. La suma de las puntuaciones de las 12 preguntas permite evaluar la gravedad:</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>Gravedad I (mínima): de 0 a 7 puntos</b>  <b>Gravedad II (media): de 8 a 12 puntos</b>  <b>Gravedad III (media alta): de 13 a 18 puntos</b>  <b>Gravedad IV (elevada): de 19 a 24 puntos</b> </p>			

## Entender mejor el acúfeno permite afrontarlo mejor

En APAT recibimos muchas consultas de personas con acúfenos cuya información sobre su dolencia, a pesar de haber sido atendidos por facultativos, está distorsionada en sentido negativo, lo que constituye un factor de ansiedad que agrava el trastorno. Creemos que los profesionales deben realizar una labor informativa para los pacientes, lo que les ayudará a afrontar el acúfeno con mayores posibilidades.

El acúfeno y la hiperacusia son dos patologías auditivas que tienen en común la característica de diferenciarse ampliamente de un simple problema del oído. Es la persona “entera” que está afectada debido a sus trastornos psicológicos y emocionales. Es por ello que el tratamiento de ambas patologías requiere la intervención de equipos pluridisciplinares que en algunos países de nuestro entorno están perfectamente implantados, pero que en España está costando más de lo razonable llegar a esta nueva situación, tanto en la medicina pública como en la privada. Es por este motivo que los afectados debemos insistir ante nuestras autoridades sanitarias, y tratar de estar informados de lo que hacen en otros países para adaptarlo a nuestra red asistencial.

En la relación del paciente con acúfenos con su médico es frecuente constatar dos ideas erróneas. La primera es que el paciente considera que su trastorno es estrictamente otológico (que debe ser tratado por el otorrino exclusivamente), ya que no entiende que el carácter invalidante del acúfeno es causado por la forma en que es percibido por su sistema cognitivo y emocional. La definición del acúfeno: *es un sonido percibido en el oído o en la cabeza que no tiene una fuente sonora exterior que lo genere*, es muy reductora. Como en el caso del dolor crónico, convendría añadirle que *también constituye una experiencia emocional desagradable*. Con ello se tendría en cuenta el trastorno que muchas veces acompaña a este síntoma, en algunas ocasiones no tenido en consideración por el médico. No es el ruido propiamente que hace que el acúfeno sea difícil de soportar sino las emociones asociadas al acúfeno, se trata de un ruido inexplicable que es rechazado por el cerebro, a menudo por causa del estrés o de la ansiedad. La segunda es que el paciente acude al médico en busca del silencio, lo cual hoy por hoy es prácticamente imposible de alcanzar, ya que no existe un tratamiento eficaz y válido para todos los pacientes. El médico debe explicarle la realidad y tratar de convencer al paciente que hay otra forma de “curarse”, que es la indiferencia ante el acúfeno. Hay pocas probabilidades de alcanzar el silencio, pero hay muchas de curarse mediante la habituación. Se trata de un estado en el que si el paciente “busca” su acúfeno lo encuentra sin la menor dificultad, pero le resulta menos aversivo si está habituado, ya que el cerebro será indiferente al ruido.

La misión del médico en primer lugar, debería ser informar al paciente sobre su patología, para conseguir que comprenda los fenómenos en curso y entienda las formas que puede tener de “curarse”, entendiendo por tal sus posibilidades de habituación, desterrando falsos temores y falsas esperanzas, informaciones erróneas sobre su trastorno, etc. que constituyen un muro insalvable para el paciente. Se trata por lo tanto de ayudarle en un proceso de reestructuración cognitiva de su trastorno.

Esta función informativa es primordial para que el paciente pueda afrontar la o las terapias de habituación (Tinnitus Retraining Therapy TRT, autohipnotismo, etc.) que le sean propuestas por su médico. Llegado este punto es cuando se detecta la necesidad del equipo pluridisciplinar para ayudarle en su proceso de habituación.

Si el equipo dispone de un audioprotesista, éste podrá establecer las ayudas protésicas adecuadas como parte de la terapia prescrita al paciente, en función de sus características y las de su acúfeno. Cuando se trata de pacientes que tienen algún grado de hipoacusia (sordera) y acúfenos, la elección de las prótesis auditivas es muy importante, y entonces la intervención del audioprotesista es indispensable.

La intervención del psicólogo como parte del equipo es una necesidad en prácticamente todos los casos. En el pensamiento del paciente existen constatemente sentimientos de miedo, de obsesión, de ausencia de control y de sobrevaloración de los peligros generados por el acúfeno, que suelen ser factores generadores de ansiedad. Algunos pacientes, después de consultas infructuosas desarrollan un trastorno depresivo. Tanto la ansiedad como la depresión deben ser tratadas previamente al inicio del proceso de habituación, y por tanto el papel del psicólogo será tratar estos trastornos psicológicos, y colaborar en la decisión de la terapia de habituación a seguir y ayudar al paciente en la realización de la misma.

En resumen, una buena ayuda para afrontar el acúfeno es conocerlo lo mejor posible; y este conocimiento puede obtenerse más rápidamente y con mayor eficacia si el paciente es atendido por un equipo pluridisciplinar.

# La tranquilidad de vivir sin ruidos.

## Terapia Integral del Tinnitus

GAES le ofrece las soluciones más avanzadas en tratamiento del tinnitus. Integrando diferentes terapias y trabajando en estrecha colaboración con el especialista ORL conseguimos una mejora inmediata que repercutirá en su bienestar y en su calidad de vida.



## Tecnología TCI (Instrumento de Control Digital del Tinnitus)

Gracias a esta tecnología, los pacientes que sufren simultáneamente acúfenos y dificultades auditivas pueden beneficiarse de una terapia combinada:

- Adaptación especialmente exacta.
- Sonido natural del sistema de audición.
- Ajuste personalizado del sonido de la terapia.
- Inteligibilidad óptima incluso con ruidos perturbadores.

### Complementos

- **Sound Oasis:** sistema de sonido terapéutico que ayuda a relajarse con distintos tipos de sonido.
- **Almohada sonora:** ayuda a conciliar el sueño escuchando la radio o música relajante.

### Tratamientos

- Reeducación Auditiva (Hiperacusia).
- Técnicas de Relajación.
- Protección auditiva a medida.

Llame al **902 39 39 40** y le informarán de su Instituto Auditivo Integral más cercano  
[www.institutoauditivointegral.com](http://www.institutoauditivointegral.com)