



apat 24



Asociación de personas afectadas por Tinnitus

| Diciembre 2010

www.acufenos.org
info@acufenos.org

Editorial

¿Nos interesa estar informados sobre los estudios clínicos para el tratamiento de los acúfenos que se llevan a cabo en todo el mundo?

APAT
Junta Directiva

Esta pregunta nos la hemos hecho muchas veces y también hemos pulsado la opinión de muchas personas afectadas por acúfenos; y parece que la respuesta, que no es unánime pero es mayoritaria, es positiva.

La información sobre estudios clínicos para tratar los acúfenos que pretendemos trasladar a los socios de APAT mediante esta publicación, la obtenemos de muchas y muy variadas fuentes: la revista Tinnitus Today de la American Tinnitus Association, la revista France Acouphènes de la asociación del mismo nombre, artículos e informaciones que recibimos de los socios, consultas en internet, accesos a las webs de varias asociaciones similares a la nuestra de Alemania, Canadá, Gran Bretaña, etc., congresos como el de los otorrinos andaluces celebrado este mismo año en Granada, artículos redactados por distintos profesionales españoles, etc. No se trata por tanto de una información homogénea y sabemos que no alcanza a incluir todo lo que se "cuece" en el mundo en relación a nuestra dolencia, pero en todo caso nos da a conocer lo que se está haciendo en España y en otros países más ade-

lantados que el nuestro en el tratamiento de los acúfenos, y nos permite albergar fundadas esperanzas de que la solución llegará, e incluso de que está cercana.

Posiblemente muchas de las informaciones que publicamos tienen un contenido científico propio de profesionales y no de "sufridores" de acúfenos sin conocimientos de medicina, pero en todo caso y en la medida de lo posible, tratamos de emplear un lenguaje sencillo para que sea entendido por todos y, especialmente, describimos los resultados de estos tratamientos en estudio de la forma más clara y concreta que podemos.

Debemos confesar que los que redactamos y traducimos estas informaciones, en ocasiones, pocas afortunadamente, debemos preguntar a profesionales sobre algunos de los aspectos que se explican, ya que somos, como los lectores, "sufridores" de acúfenos y no profesionales de las ciencias de la salud.

Hecha la reflexión anterior en voz alta y transcrita al papel, la consecuencia es que seguiremos informando lo mejor que podamos.

Participa y colabora

www.acufenos.org

Si nos ayudas, te ayudas

En el número 23 de nuestra publicación informamos sobre la celebración en Granada, en junio del presente año, del XXIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.

Al leer el contenido de las comunicaciones presentadas al congreso, encontramos que muchas de estas comunicaciones exponen informaciones que nos interesa conocer, y en la medida del espacio disponible publicaremos algunas de ellas.

En esta ocasión publicaremos la comunicación ASPECTO MÉDICO-LEGAL EN ACÚFENOS, presentada por los doctores Jesús López Palomo, Juan Pedro Benaixa Sánchez, Antonio Abrante Jiménez y

Alfonso María Pérez Sánchez, todos ellos otorrinos en ejercicio profesional en Sevilla, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, que, amablemente, nos han autorizado a reproducirla y nos han dado toda clase de facilidades para ello.

Como su título indica la comunicación pone de relieve distintos aspectos legales, entre ellos el que se refiere a la influencia del acúfeno en la evaluación de las incapacidades; tema por el que se han interesado muchos de nuestros socios.

Dejamos constancia de nuestro reconocimiento a los autores doctores López, Benaixa, Abrantes y Pérez, por su dedicación a los que sufrimos los acúfenos y por su comunicación.

Aspecto médico-legal en acúfenos

**Jesús López Palomo,
Juan Pedro Benaixa
Sánchez, Antonio
Abrante Jiménez y
Alfonso María Pérez
Sánchez**

Hospital Universitario
Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción

El acúfeno es un síntoma presente en multitud de patologías tanto de la esfera propiamente otorrinolaringológica como incluso fuera de ella. Es así mismo muy prevalente, estimándose en algunos estudios que el acúfeno estaría presente en el 11% de individuos menores de 40 años, 13% entre los 40 y 60 años y 18% en la población de edad superior a 60 años [Coles, 2000]. Otros autores también ofrecen cifras muy similares a las anteriormente mencionadas [Stoufer y Tyler, 1990].

Este peso epidemiológico hace que con frecuencia el acúfeno esté implicado en aspectos médico-legales, lo cual nos ha animado a incluir un capítulo específico en esta Ponencia.

Los aspectos médico-legales del acúfeno pueden ser abordados desde dos puntos de vista principales:

Desde el punto de vista del paciente, en cuanto padece este síntoma y esto puede suponer una incapacidad reconocible legalmente a efectos laborales.

Y desde el punto de vista del médico, en cuanto que alguna de sus actuaciones médico-quirúrgicas puede ser causa de acúfenos, o la no valoración apropiada de estos puede derivar en errores diagnósticos, con las consecuencias legales que de ello se pueden derivar.

Aspectos médico-laborales para el paciente

Nos referiremos en este apartado a la valoración, evaluación y estimación del daño corporal y la incapacidad en su vertiente auditiva y específicamente relacionada con el acúfeno.

El evaluador o perito debe tener dos objetivos, por un lado deberá determinar el grado y carácter del deterioro de la función correspondiente, y por otro lado debe

establecer la relación entre este deterioro y la afectación de la actividad diaria del sujeto relacionada con dicha función. Dicho de otro modo, debe determinar daño e incapacidad consecuentes.

La legislación y normativa en España están aún parcialmente desarrolladas. El Real Decreto 1971 de 1999 que rige el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía en el ámbito de la Seguridad Social y de los Servicios Sociales incluye un baremo que en su capítulo 13 hace referencia a los acúfenos. "La presencia del acúfeno se valorará según los criterios establecidos para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia. Si no existe pérdida auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que ésta exista".

M. Ciges Juan y R. Urquizar de la Rosa hacen una exhaustiva propuesta de su método de evaluación de daño e incapacidad en la esfera ORL en su capítulo del libro "Valoración médica del daño corporal" de Claudio Hernández Cueto. Proponen una fórmula matemática para expresar la incapacidad ocasionada por un proceso:

$$\text{Incapacidad} = (\text{daño actual} - \text{daño previo}) \times \text{factor a} \times \dots \times \text{factor n} \times \text{factor de riesgo}$$

Estando uno de estos factores determinado por aspectos socioprofesionales. Por ejemplo, un trastorno auditivo afectará de manera muy distinta a un profesional de la música que a un individuo que no lo es. Otro factor a considerar es la edad, el mismo trastorno tendrá diferente repercusión según la edad del sujeto.

Proponen así mismo 4 grados de incapacidad que serían los siguientes:

Grado I: incapacidad leve, no pueden realizarse algunas funciones accesorias.

Grado II: incapacidad moderada, algunas funciones básicas están afectadas.

Grado III: incapacidad grave, no pueden realizarse algunas funciones básicas.

Grado IV: incapacidad muy grave, no puede realizarse ninguna función básica.

Estos grados podrían ser referencia a su vez para los distintos porcentajes de compensación económica y para las medidas laborales correspondientes.

Estos autores consideran que los acúfenos acompañantes de hipoacusia se pueden considerar como factores agravantes de la misma y así influirán en el valor del daño calculado para esta hipoacusia. Si los acúfenos son moderados el factor será 1,1 y si son intensos 1,2. En caso de ausencia de acúfenos este factor lógicamente sería 1, es decir neutro a los efectos del cálculo.

En los casos en que el acúfeno es una alteración aislada sin pérdida auditiva alguna ni se evidencia lesión orgánica a la que atribuir el síntoma, es de suma importancia la "objetivación del acúfeno", con el añadido de la conveniencia de poder descartar a los simuladores.

La acufenometría, descrita de forma exhaustiva en otro capítulo de esta obra, se convierte en este caso en la piedra angular de la exploración.

Los autores sugieren que para aceptar los acúfenos pericialmente como constitutivos de daño auditivo, la acufenometría debe dar resultados claramente positivos. Esta debe cumplir las siguientes condiciones:

1. Debe poder localizarse la frecuencia o el espectro frecuencial del acúfeno.
2. Debe poder estimarse una intensidad aproximada del mismo, se pueden definir tres rangos; por debajo de 60 dB, entre 60 y 90 y superior a 90 dB.
3. Debe conseguirse enmascaramiento o atenuación del acúfeno con tonos o ruidos, siempre que el acúfeno sea inferior a 90 dB.
4. Estos hallazgos deben ser reproducibles en una exploración consecutiva.

Opinan que el daño auditivo ocasionado por el acúfeno en sí mismo nunca podría ser superior al 50% de la función, y le asignan los siguientes valores:

Acúfenos que no pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad superior a 90 dB: 50%.

Acúfenos que pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de superior a 90 dB: 30%.

Acúfenos que pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad entre 90 y 60 dB: 20%.

Acúfenos que pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad menor de 60 dB: 10%.

En lo que se refiere a los factores individuales establecen los siguientes valores para el cálculo de la incapacidad auditiva:

1. *Bilateralidad:* No: multiplica por 1. Si: multiplica por 1,2.

2. *Factor socioprofesional:* Profesiones que requieren activamente la conversación como profesores, etc: multiplica por 1,2. Profesiones que requieren de un espectro frecuencial auditivo indemne como músicos: multiplica por 1,4. Otras profesiones: factor neutro, multiplica por 1.

3. *Factor Edad:* Menor de 65 años: multiplica por 1. Mayor de 65 años: multiplica por 0,9.

Así pues en el peor de los casos la incapacidad auditiva nunca podría ser superior a 84%. Esto sería así en un caso de acúfeno no enmascarable ni atenuable, bilateral, en un músico por ejemplo, y menor de 65 años, siguiendo la ecuación $50 \times 1,2 \times 1,4 \times 1 = 84$.

Esta incapacidad auditiva sería certificada por el tribunal evaluador competente en el ámbito laboral y equiparada al grado de discapacidad general correspondiente según anexo del Real Decreto 1971/1999.

La aplicación de este modelo, como hemos visto anteriormente, puede dar como resultado una marcada incapacidad auditiva aún en el caso de que el acúfeno fuese aislado sin asociarse a déficit auditivo propiamente dicho. Sin embargo la aplicación estricta de la legislación laboral española actual, como hemos referido anteriormente, solo ofrece la posibilidad de valoración del acúfeno aislado por parte del tribunal evaluador en tanto en cuanto provoque repercusión psicológica.

No obstante pensamos que el uso del modelo antes comentado por parte del otorrinolaringólogo en su papel de perito, puede dar argumentos al tribunal evaluador de la discapacidad general a la hora de valorar en su justa medida el papel del acúfeno aislado como causante de dicha discapacidad.

A continuación se exponen las condiciones de valoración de los acúfenos a efectos de incapacidad en algunos países de nuestro entorno.

En Francia, el baremo para la evaluación de invalidez por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Unión de Cajas Nacionales de Seguros reconoce un porcentaje variable entre 2 y 5 % por la presencia de acúfenos. El Baremo Internacional de Invalidez de Louis Melennec (1997) adjudica a la presencia de acúfenos hasta un 5 % de incapacidad si el acúfeno es aislado y bien soportado, añadiendo que si es mal tolerado corresponde pedir opinión al psiquiatra. Debe ser siempre "objetivado" mediante acufenometría, agregando la práctica de impedanciometría si se sospecha origen conductivo, y de identificación de reclutamiento si se presume un origen perceptivo.

La normativa en EEUU elaborada por la American Medical Association (AMA) no contempla en la evaluación de la incapacidad auditiva la suma de porcentaje por la presencia de acúfenos.

En Italia, el baremo de incapacidades que utiliza el

INAL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) refiere que los acúfenos están comprendidos ya en la evaluación de la hipoacusia según la tabla de Marelló, por lo que no dan lugar a indemnización. No obstante aceptan una excepción, cuando sea posible documentar su persistencia a una distancia de uno o dos años tras un trauma acústico, otorgándose un porcentaje de entre 1 y 2%.

En Irlanda un comité de expertos convocado por el Ministerio de Salud, elaboró en 1998 una serie de recomendaciones entre las cuales se incluye la valoración de los acúfenos como causa de indemnización en el área ocupacional. Se recomienda que los acúfenos se clasifiquen en incipientes, suaves, moderados y severos, según los antecedentes y los resultados de la acufenometría:

Acúfenos incipientes: son los ocasionales. No causan interferencias con el sueño, no dificultan la concentración ni alteran el estilo de vida. Incapacidad = 0%.

Acúfenos leves: no se perciben en presencia de ruido ambiente. Pueden alterar el sueño o la capacidad de concentración, pero solo de forma ocasional. No interfieren con el estilo de vida. Incapacidad = 0%.

Acúfenos moderados: son de carácter intermitente o continuado, con una duración mayor de dos años. Se perciben durante el día en presencia de ruido ambiente e interfieren con frecuencia con el sueño. El individuo debe presentar evidencia documental de haber efectuado ya consultas médicas por los acúfenos. Incapacidad = 2%.

Acúfenos severos: son permanentes, interfieren el sueño, el trabajo y las actividades sociales. Deben tener una continuidad superior a dos años. El sujeto debe presentar documentación fehaciente de asistencia al médico especialista, anterior a toda reclamación. Así mismo debe acreditar que ha requerido tratamiento específico, tanto farmacológico como mediante el uso de enmascaradores. Incapacidad = 6%.

En todos los casos estos porcentajes se suman a la incapacidad auditiva. Se considera que los acúfenos inducidos por ruido no pueden haberse iniciado más allá del año después del cese de la exposición al ruido para ser considerados como de origen laboral.

En agosto de 2003, una comisión designada por la Comunidad Europea presentó ante el Parlamento Europeo un Proyecto Oficial para la aprobación de un Baremo Europeo para la evaluación de las lesiones físicas o psíquicas. Además de la metodología para calcular la incapacidad auditiva agrega que para los acúfenos aislados, si se confirma que son imputables a un traumatismo, se valorarán hasta el 3%.

Mencionaremos de forma casi anecdótica y como muestra de la diversidad de criterio en la legislación española en lo que se refiere a la valoración del acúfeno en cuanto a causa de incapacidad, la Ley 53/2003, que recoge el derecho de los sujetos afectados de acúfenos a disponer de 15 minutos de tiempo extra en la realización de oposiciones a funcionario público.

Aspectos médico-legales para el médico

El síntoma acúfeno es de importancia médico-legal en la medida que su infravaloración por parte del otorrinolaringólogo puede derivar en errores diagnósticos con funestas consecuencias legales.

El acúfeno puede ser el primer síntoma de una patología subyacente de potencial gravedad. Hasta un 10 % de los neurinomas del acústico se manifiestan inicialmente con acúfenos como síntoma aislado o bien asociado a hipoacusia leve que puede pasar desapercibida por el paciente [Moffat et al., 1995]. Es de suma importancia por tanto no infravalorar el síntoma acúfeno y ampliar el estudio diagnóstico para en primera instancia poner de manifiesto una hipoacusia neurosensorial unilateral no evidenciada y, siguiendo el proceso diagnóstico, realizar las pruebas de imagen pertinentes para confirmar la existencia de esta patología. Así pues el otorrinolaringólogo no deberá nunca subestimar este síntoma, especialmente cuando sea de aparición reciente, unilateral, y no se explique su presencia por ninguna entidad nosológica. Al menos deberemos practicar una audiometría tonal liminar de forma seriada para poner de manifiesto la aparición de una hipoacusia neurosensorial unilateral.

De similar forma, el acúfeno puede ser síntoma inicial de daño coclear por exposición crónica al ruido u ototoxicidad. Su presencia asociada a estas entidades nos debe poner en alerta para detectar déficit auditivo no diagnosticado, para una vez detectado éste poner fin a la agresión coclear bien tóxica o por ruido. Este diagnóstico precoz supondrá poder detener la progresión de la enfermedad y el consecuente empeoramiento del déficit auditivo.

De otra parte, numerosas actuaciones tanto médicas como quirúrgicas llevadas a cabo por el médico pueden conllevar la aparición de acúfenos. Es obligación del otorrinolaringólogo procurar evitar estas actuaciones cuando ello sea posible o en todo caso advertir al paciente del riesgo que conlleva la realización de estas actuaciones.

Esta obligación del médico de prestar información y el derecho del paciente a recibirla está regulada legalmente, consentimiento informado. La ley 41/2002 de 14 de noviembre establece incluso los supuestos en que este consentimiento informado debe hacerse por escrito.

Por lo anteriormente mencionado es de importancia incluir el riesgo de aparición de acúfenos tras cualquier cirugía otológica. La ley referida obliga a que este consentimiento siempre sea escrito en el supuesto de intervención quirúrgica.

No hay que olvidar en este apartado los numerosos fármacos que pueden tener como efecto secundario la aparición de acúfenos: aparte de antibióticos ototóxicos como los aminoglucósidos, la eritromicina, la doxiciclina, etc., y de diuréticos de asa (furosemida), medicamentos de uso tan extendido actualmente

como los antiinflamatorios no esteroideos (aspirina, ibuprofeno, naproxeno), pueden originar acúfenos sin que se vean afectados los umbrales de audición. Incluso agentes de uso tópico otológico pueden ocasionar acúfenos. En la mayoría de estos casos los acúfenos son reversibles cuando cesa la administración del fármaco; pero los pacientes especialmente sensibles deben estar advertidos de estos posibles efectos secundarios.

Mención especial haremos del lavado ótico para extracción de cerumen. Un procedimiento extremadamente frecuente y que a menudo es llevado a cabo de forma rutinaria y a veces sin darle la importancia necesaria. Incluso en algunos casos se delega su realización por el propio especialista o por la sistemática de trabajo de determinados centros, en personal auxiliar. Pueden aparecer acúfenos cuando se lleva a cabo de forma inadecuada ejerciendo excesiva presión con la jeringa o dirigiendo el chorro de agua de forma directa sobre la membrana timpánica, aunque en otros casos la aparición de acúfenos tras el lavado no guarda una relación tan evidente.

Es importante pues además de evitar estos modos agresivos, informar adecuadamente al paciente del

riesgo, recomendando algunos autores como Ricardo de Lorenzo et al., (2006) que este sea escrito como en el caso de las intervenciones quirúrgicas.

Referencias

- COLES R. En: Richard Tyler, *Tinnitus Handbook*, Singular Publ. 2000. Comunidad Europea, *Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas*. Proyecto de informe. 27/07/2003.
- CIGES, Juan M; URQUIZAR DE LA ROSA, R. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en Otorrinolaringología*. En: Claudio Hernández Cueto, Valoración Médica del Daño Corporal, Ed. Masson 2001.
- MELENNEC, L. *Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces*, Ed. Masson 1997.
- DE LORENZO Y MONTERO, R; DE LORENZO APARICI, O; CENJOR ESPANOL, C; MANRIQUE RODRIGUEZ, M; RAMOS MACIAS, A. *Aspectos Legales del Acto Médico* en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial, Editores Médicos. S.A. EDIMSA 2006
- STOUFFER, JL; TYLER, RS. *Characterization of tinnitus by tinnitus patients*. J Speech Hearing Disorders 1990; 55: 439-53.

Josep Ribas
Fernández
Psicólogo

Acúfenos y depresión

Presentación

Como es conocido y como se explicará a lo largo del presente texto, en muchos casos la persona afectada por acúfenos contrae un trastorno depresivo que tiene consecuencias negativas para la vida familiar y afecta asimismo a los ámbitos sexual, social y laboral del afectado.

Este texto se ha preparado y publicado con el propósito de que sea de utilidad para las personas afectadas por acúfenos que puedan haber contraído un trastorno depresivo, y también como prevención para las personas ajenas a dicho trastorno.

Acúfenos y depresión

Las personas afectadas por acúfenos en la mayoría de los casos han acudido a uno o a varios otorrinolaringólogos con el propósito de obtener un diagnóstico y de que le sea prescrito un tratamiento, con la esperanza de que sus acúfenos podrán eliminarse.

En algunos casos el otorrino les ha explicado que, de

momento, no hay solución y que tendrán que convivir con su acúfeno. En otros casos ha sido el propio afectado que después de visitas reiteradas ha llegado a la conclusión de que debe convivir con sus sonidos.

La necesidad de encontrar una solución para los acúfenos suele producir un estado de ansiedad, y en el momento en el que el afectado llega a la convicción de que hay que convivir con los acúfenos, en muchos casos, sufre un trastorno de depresión, que unido a la ansiedad le acaba creando un trastorno mixto ansiedad/depresión.

El trastorno depresivo provocado por los acúfenos, sus características, sus síntomas y sus implicaciones son idénticos a los que presenta todo trastorno depresivo, cualquiera que sea su origen y las consecuencias para el afectado y para los suyos (familiares, amigos, compañeros de trabajo) son las mismas en todos los casos.

Dado que nuestra asociación tiene por objetivo ayudar a personas afectadas por acúfenos, nos hemos propuesto explicar los efectos, circunstancias y tratamientos de la depresión que, por desgracia, es una de las peores consecuencias de los acúfenos.

Depresión

Puede definirse como una disminución de la actividad vital, que comporta un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sensaciones de desesperación y falta de motivación, y un estado emocional patológico que se caracteriza por sentimientos de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que pueden obedecer o no a una causa real explicable.

Como se desprende de su definición, la depresión o el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (al cerebro), al ánimo, a la manera de pensar, al sueño, a la alimentación y a la autoestima.

Aunque en la depresión el estado de tristeza es habitual, hay que puntualizar que la depresión no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. Es una situación de la cual el afectado no puede librarse con facilidad, y que si no se afronta con el tratamiento debido, sus síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Evaluación

Es necesario someter a la persona a una evaluación con el fin de analizar su estado de tristeza, que puede ser normal y reactiva a determinadas situaciones que se nos presentan a lo largo de la vida, o bien patológica o sea que la persona ha contraído una depresión.

¿Cómo evaluarla?

Se evalúa mediante la entrevista personal, que debe extenderse al afectado y a las personas que conviven con él, y si vive solo con las personas que le conocen. El enfermo de depresión puede distorsionar la realidad y perder objetividad como consecuencia de su enfermedad.

Se evalúa asimismo mediante el rellenado de tests psicológicos con el fin de cuantificar en la medida de lo posible el grado de afectación, destacando entre ellos el BDI (Inventario para la depresión de Beck).

Tres tipos de depresión

– *Depresión severa.* Consiste en una combinación de síntomas que producen una incapacidad severa para trabajar, estudiar, dormir, comer y experimentar placer.

– *Distimia.* Es un tipo de depresión de menor gravedad que incluye signos crónicos que incapacitan en menor grado, pero que interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La distimia puede alternarse con episodios depresivos severos.

– *Trastorno bipolar.* Es menos frecuente que los otros dos trastornos depresivos y se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que comportan fases de euforia o de ánimo elevado (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Estos cambios del estado de ánimo suelen ser graduales, pero en algunos casos son rápidos y muy dramáticos.

Síntomas de la depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o «vacío» en forma persistente.
- Sentimiento de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento y sensación de estar en «cámara lenta».
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio: despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, de apetito o de ambos; o por el contrario comer más de la cuenta y aumentar el peso.
- Pensamientos de muerte y de suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Causas de la depresión

– *Factores genéticos.* Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que puede haber heredado una predisposición biológica. No obstante, no es seguro que todas las personas que tienen una historia familiar con antecedentes de depresión contraerán la enfermedad. La depresión grave puede sobrevenir a personas que no tienen ningún antecedente familiar de depresión.

– *Factores bioquímicos.* Está demostrado que la bioquímica cerebral juega un papel significativo. Las personas con depresión grave presentan típicamente desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores (déficits de noradrenalina, serotonina y dopamina). La depresión puede ser inducida o aliviada mediante determinados medicamentos y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

– *El ambiente y otros factores de estrés.* Se han definido como factores que contribuyen a la depresión la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos o un cambio significativo en la vida. El comienzo de una depresión está asociado en muchas ocasiones al comienzo de una enfermedad (o a un trastorno) física aguda o crónica.

– *Rasgos de personalidad.* Las personas que presentan ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control ante las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensos a padecer depresión.

Síntomas de la manía (trastorno bipolar)

- Euforia anormal o excesiva.

- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

La depresión y la mujer

El riesgo de sufrir depresión es mayor en la mujer que en el hombre. El número de mujeres que sufren de depresión grave y de distimia es el doble que el de los hombres.

Las razones que explican mayor frecuencia de la depresión entre las mujeres son tres:

- *Cambios hormonales.* Experimentados por la mujer en la menstruación o durante el embarazo hacen que la mujer sea más vulnerable. Esta situación se presenta también durante el período de lactancia, de ahí que existan incluso cuadros específicos de depresión postparto, que suelen aparecer justamente después de dar a luz, y la madre puede llegar a echarle la culpa de su depresión al niño.
- *Factores sociales.* En las sociedades occidentales la mujer ha tenido que asumir el doble papel de trabajar fuera de casa y de ser ama de casa, y además la mayor parte del peso de la educación y cuidado de los hijos también recae en ella lo que conlleva una carga excesiva.
- *Sesgos culturales.* Habitualmente el género femenino expresa más sus emociones, cosa que no ocurre con el varón. En consecuencia el hombre expresa menos lo que siente y no se queja de depresión, ni va al médico con la misma facilidad que la mujer. Por este motivo la depresión se detecta mucho más fácilmente en la mujer que en el hombre.

El papel de la familia en la depresión

La depresión afecta en primer lugar a quien la padece, pero alcanza también a familiares, amigos y compañeros de trabajo. Para ayudar a una persona deprimida es muy importante informarse acerca de esta enfermedad y de su tratamiento. Sobrellevar junto a otra persona un episodio depresivo puede ser una experiencia muy difícil.

Es muy difícil, prácticamente imposible, para una persona que nunca experimentó un trastorno depresivo conocer el grado de desvaloración, desamparo y desesperación en que se halla sumida la persona deprimida.

No obstante lo anterior, el familiar o el amigo debe ofrecer a la persona deprimida empatía y comprensión, debe escuchar, informar y aconsejar sin juzgar.

Simplemente, el estar ahí, a su lado, puede mejorar el curso de la enfermedad.

La empatía es una disposición personal a escuchar y a comunicarse para conocer las emociones del otro. La empatía existe si se es capaz de reconocer nuestras propias emociones y las del otro. Este reconocimiento facilita la comunicación y la interacción con el otro. Es difícil tener empatía con respecto a alguna emoción del otro, cuando nosotros, previamente, no hemos experimentado aquella emoción. Esta consideración es aplicable al familiar del afectado por acúfenos, ya que no ha sufrido las emociones negativas que comporta esta afección.

Para apoyar a la persona que sufre depresión hay que expresarle su preocupación, reconocer el dolor de la persona depresiva y escuchar si la persona quiere hablar sin tratar de forzarla a que exteriorice sus sentimientos. No debe tomarse como algo personal si la persona deprimida permanece aislada y poco comunicativa. Ofrecer esperanza, recordarle que la depresión se puede tratar, y si la persona está bajo tratamiento médico controlar que toma lo que le han prescrito y recordarle que la medicación precisa de un tiempo para que haga su efecto.

Conviene asimismo reforzar positivamente a la persona deprimida debido a que suele sentirse a menudo sin valor e insistiendo en sus propios fallos, fracasos y defectos. Se refuerza recordándole sus cualidades y sus capacidades y cuánto significa para usted.

Hay que conseguir que la persona deprimida incremente sus actividades, para ello hay que invitarla a hacerlo, pero sin «empujar» y sin esperar resultados en poco tiempo. También se le debe recordar suavemente la importancia del ejercicio y de una dieta sana.

Los familiares de las personas con trastorno depresivo deben saber que la depresión NO es:

- Resultado de un fallo en el carácter.
- El enfermo de depresión no es una persona débil ni un «vago».
- Simplemente «pasar una mala época».

Las personas que la padecen sufren enormemente y nunca ni en ningún caso pretenden engañar a nadie y ni tan sólo exagerar sus síntomas. No pueden hacer nada por evitarla, al igual que una persona no puede evitar sufrir de diabetes o de artritis.

Cuidar al cuidador

La persona que se ocupa o cuida de un enfermo de depresión debe tener en cuenta lo siguiente:

- Atender sus propias necesidades no representa en absoluto que sea un egoísta.
- Necesita salir, distraerse, relacionarse con los demás y no aislarse.

- Pedir ayuda, y si la ofrecen no dudar en aceptarla.
- Tener presente que el cuidador no puede con todo.
- La risa y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo.
- Si tiene la suerte de sentirse bien «en medio del temporal» no debe avergonzarse de ello.
- Procure buscar personas, cosas, situaciones, actividades que le satisfagan.
- Cuidar a una persona depresiva puede ser la causa de padecer una depresión.
- Vigile sus síntomas y consulte a su médico si tiene dudas.

Tratamiento de la depresión

Tratamientos farmacológicos

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como serotonina, noradrenalina o dopamina. Los fármacos antidepresivos actúan tratando de aumentar alguna de estas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción. Los fármacos antidepresivos no provocan tolerancia ni dependencia.

Fundamentalmente existen dos grandes grupos de fármacos antidepresivos:

- *Antidepresivos tricíclicos.* Son los más antiguos y son muy eficaces. Tienen importantes efectos secundarios al principio de su ingesta: sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipertensión, etc. Por este motivo se recomienda empezar con dosis bajas e ir aumentándolas de acuerdo con la adaptación del paciente a los efectos secundarios, hasta alcanzar un razonable equilibrio entre los efectos secundarios y los efectos antidepresivos. Suelen emplearse en casos graves de depresión, y por su perfil sedante también se emplean en depresiones con elevado nivel de ansiedad.
- *Inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS).* Son una clase fármacos antidepresivos que se utilizan en el tratamiento de la depresión, de la ansiedad y de algún tipo de trastorno de la personalidad. Aumentan los niveles del neurotransmisor serotonina y tienen menores efectos secundarios.

La depresión y la vida sexual

La pérdida de interés o de placer por las actividades cotidianas es el denominador común de las personas que padecen depresión. Muestran un desapego general por las personas y por las cosas. En el área sexual, al ser fundamentalmente interacción con otras personas se pierde afectividad e interés por el sexo.

Los antidepresivos y el sexo

Las disfunciones sexuales son efectos adversos comunes al uso de medicamentos antidepresivos, y esta cir-

cunstancia suele acarrear el incumplimiento o el abandono del tratamiento. Estas disfunciones afectan a hombres y a mujeres, y pueden ser:

- Disminución del deseo sexual.
- Retardo orgásmico o anorgasmia.
- Disfunción eréctil, impotencia.
- Menor lubricación vaginal.

Las disfunciones sexuales alcanzan a una tercera parte de los casos de depresiones tratadas farmacológicamente.

Otros efectos indirectos sobre la vida sexual son:

- Aumento de peso.
- Sequedad de la boca.
- Irregularidades menstruales.
- Retención urinaria y problemas prostáticos.

En pacientes con historias previas de disfunciones sexuales, éstas pueden empeorar con los antidepresivos.

¿Debe el depresivo medicarse?

Aunque existan posibles efectos secundarios es necesario medicarse y seguir escrupulosamente la pauta de medicación prescrita por su médico.

Nunca debe dejarse la medicación por encontrarse ya bien, ya que justamente se encuentra bien gracias a que está tomando sus medicamentos. Su médico es quien decidirá cuando y como dejar su medicación.

Generalmente es aconsejable mantener la medicación entre 6 y 9 meses después de que hayan remitido los síntomas de la depresión.

Tratamientos cognitivos. Modelo cognitivo de Beck

El modelo de la depresión conocido como cognitivo de Beck gravita en torno a la denominada tríada cognitiva. Las personas con tendencia a la depresión tienen esquemas y estructuras cognitivas que predisponen una visión negativa de:

- Sí mismas.
- Su relación con el mundo.
- Y con respecto al futuro.

Esta forma peculiar y distorsionada de percibir la realidad determina los cambios comportamentales y emocionales que caracterizan la distorsión. Los esquemas son representaciones de experiencias pasadas que están guardadas en la memoria y que operan como filtros en el análisis de la información recibida en la actualidad.

Citamos a continuación algunos ejemplos de distorsiones que muestran como la persona antepone los esquemas que representan experiencias pasadas guardadas en su memoria a la información que realmente está recibiendo.

- Nadie me quiere (generalización excesiva).
- Sé que se están riendo de mí (leer el pensamiento, personalización).
- Me va a ir mal en este examen (adivinar el futuro).
- Tengo este problema y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución (saltar a conclusiones, pensamiento «todo o nada»)
- Nada me resultará bien en mi vida (tremendismo, generalización excesiva, adivinar el futuro).

La terapia a seguir consiste en detectar estos esquemas cognitivos erróneos y ponerlos de manifiesto, a base de enfrentarlos con la realidad para que el paciente se dé cuenta de su error. No se trata de convencer al paciente, ya que él lo tiene que entender y reconocer por sí solo y debe darse cuenta de sus distorsiones. Los objetivos de esta terapia son el de eliminar los síntomas de la depresión, y básicamente la prevención de recaídas.

Tratamientos conductuales

Están dirigidas a aumentar el nivel de actividad del paciente. La inactividad es muy frecuente en el trastor-

no depresivo y es necesario invitar al paciente a que, poco a poco y de forma gradual, aumente el número y la intensidad de sus actividades diarias.

Hay que marcarle objetivos que sean posibles, debido a que una vez los haya alcanzado, su autoestima, que está muy deteriorada por su enfermedad, aumentará y con ella la sensación de que va controlando la situación.

El paciente no ha de esperar a encontrarse mejor para empezar a tener actividad y cumplir objetivos, ya que sin actividad difícilmente llegará a mejorar.

Consideraciones finales

- La depresión es una enfermedad.
- Los síntomas son siempre los mismos y son independientes de las causas que la han originado.
- Una vez se haya establecido la enfermedad, ésta no desaparecerá aunque lo haga la causa que la originó.
- El tratamiento debe combinar farmacología con técnicas cognitivo-conductuales.
- No medicarse no es ser más fuerte; es simplemente desconocer lo que es la depresión.

El estudio Elec Tin

Traducción:
Josep Boronat

En el número 19 de nuestra revista explicábamos la puesta en marcha de un estudio de investigación del tratamiento de los acúfenos que se está llevando a cabo en Francia, en un hospital de Lyon.

Indicamos que inicialmente dos pacientes se habían sometido al tratamiento. Tanto el propio tratamiento como el periodo de observación posterior ya han finalizado para los dos pacientes iniciales, y según nos explican en el número 69 de la revista France Acouphènes los resultados han sido esperanzadores: uno de los pacientes ha encontrado una reducción sustancial de la intensidad de su acúfeno y el otro ha tenido una reducción menor; y ambos manifiestan una mejora significativa en su habituación al acúfeno, en sus problemas de ansiedad e incluso en su humor.

En el estudio Elec Tin los criterios de inclusión para participar establecen que el paciente debe tener un acúfeno crónico (de más de un año), severo, invalidante (que sea un grave inconveniente para su calidad de vida) y no haber tenido resultado alguno con otros tratamientos.

En la primera parte del protocolo de actuación el paciente se beneficia de un análisis clínico completo: audiológico y radiológico, para evaluar la audición y el propio acúfeno. A lo largo de este análisis inicial se rea-

liza una fase de estimulación magnética transcraneal repetitiva, rodeando el córtex auditivo (área del cerebro en la que se procesan las informaciones auditivas) de forma no invasiva, es decir la estimulación se realiza desde el exterior del cráneo.

En la segunda parte se instala un dispositivo de neuroestimulación mediante una intervención neuroquirúrgica con anestesia general.

La tercera parte, después de graduar el dispositivo, consiste en seguir al paciente con regularidad durante seis meses, de forma que se pueda evaluar la eficacia de la neuroestimulación. Los resultados se interpretarán y presentarán de forma definitiva una vez el estudio haya concluido.

¿Alguien se atreve a participar? La instalación de un dispositivo en el interior del cráneo por medio de una intervención quirúrgica parece ser un obstáculo insalvable; o por lo menos esto es lo que opina la totalidad de los afectados con los que hemos comentado las características del estudio. No obstante, por si alguien quiere enterarse con mayor detalle, indicamos la forma de ponerse en contacto con los responsables del estudio.

Lesly Fornoni
Tel.: 04 78 86 13 50
Fax: 04 78 86 33 41
lesly.fornoni@chu-lyon.fr

Correo postal:
Dr. Xavier Perrot /
Mme. Lesly Fornoni
Service d'Audiologie et
Exploration Orofaciales-
Pavillon 3A
Centre Hospitalier Lyon
Sud
165, chemin du Grand
Revoyet
69465 Pierre-Bénite
Cedex, France

Hemos recibido varias comunicaciones de nuestros socios que hemos creído oportuno publicar ya que todas ellas aportan informaciones que pueden ser de utilidad a otros socios.

María Soledad, de Las Palmas, nos da cuenta de la conferencia sobre los tinnitus que tuvo lugar en aquella ciudad el pasado mes de septiembre.

Merry, de Bilbao, cofundadora de Atineus, nos ha enviado una amplia información sobre traumatismos del oído que interesa a muchas personas que, ade-

más de tinnitus sufren otras disfunciones acústicas. Francisco José, de Basauri (Biscaia), nos ha enviado una información sobre un estudio realizado en Estados Unidos, en el que se expone un método que permite determinar con precisión el punto del cerebro en el que se origina el tinnitus.

Publicamos a continuación estas tres informaciones y dejamos constancia de nuestro agradecimiento a María Soledad, Merry y Francisco José por su colaboración.

Conferencia

Cuando se pierde la tranquilidad del silencio

El pasado 17 de septiembre tuvo lugar en Las Palmas una conferencia sobre los acúfenos a cargo del Profesor Dr. Angel Ramos Macías y la Audioprotesista D^a Cecilia Moreno.

Los conferenciantes ofrecieron a los asistentes una amplia información sobre nuestra dolencia: definición e identificación de los acúfenos, estudio de sus causas, consecuencias que bajo el modelo neurofisiológico tienen los acúfenos en sistemas relacionados con el auditivo, medición del acúfeno (frecuencia, intensidad, etc.), influencia del acúfeno en la vida cotidiana del afectado, valoración de los niveles de incapacidad generados en la persona que lo padece, alteraciones que acompañan al acúfeno: insomnio, ansiedad, depresión, etc. y finalmente tratamientos existentes y

terapias de habituación.

Las virtudes de una conferencia como esta son, básicamente, que los afectados por acúfenos reciben una información completa y ordenada que contribuye poderosamente a desterrar la desinformación y las creencias negativas propias de muchos de ellos. No se debe ignorar que en ocasión de una conferencia como la de Las Palmas, se produce una reunión de personas afectadas que, si tiene continuación, permite intercambiar informaciones, conocer estrategias para convivir con los acúfenos, no sentirse solo, e incluso ser el origen de un organismo (una asociación por ejemplo) que ayude e informe a afectados.

Sería buena noticia saber que en otras ciudades españolas se realizan conferencias como la de Las Palmas.

Traumatismos del oído

Técnicas de presurización y ecualización del oído medio

Con frecuencia el otorrino debe enseñar a sus pacientes con problemas tubáricos crónicos, como presurizar el oído medio para ecualizar de forma voluntaria su presión con la exterior, identificando el chasquido que se siente con la apertura de la trompa. Otras veces se tratará de adiestrar al paciente antes de realizar un viaje en avión, o de practicar buceo, para prevenir un posible barotrauma ótico. Incluso puede ser requerido para enseñar las diversas técnicas que se pueden utilizar para ecualizar el oído medio durante situaciones en las que se producen cambios bruscos de presión, como los vuelos y el buceo.

También los profesionales e instructores de buceo y aviación conocen perfectamente estas técnicas, las



CORBIS

practican y enseñan a sus alumnos. Toda persona que sea profesional del vuelo o realice buceo, tanto profesional como amateur, debe de conocer la anatomía y fisiología tubárica, así como los diversos métodos que existen para abrir la trompa e identificar la sensación

de apertura, además de saber que existen patologías que impiden una ecualización (alergias, pólipos, etc.) de la presión exterior con la del oído medio. También deben saber identificar los síntomas de un barotrauma. Cualquier problema que impida una buena apertura de la trompa desaconseja el vuelo o el buceo, debiendo ser solucionado antes. Corresponde al otorrino diagnosticar y tratar las causas del mal funcionamiento tubárico. Durante el buceo la más mínima dificultad de ecualización debe ser motivo para subir inmediatamente a la superficie.

Técnica simple

La técnica más elemental para abrir voluntariamente la trompa es la de bostezar, tragar o meter la mandíbula hacia atrás, a la par que se abre la boca. Esta técnica funciona cuando no se han tenido nunca antes proble-

mas tubáricos de equalización. Prácticamente todo el mundo la conoce y pone en práctica cuando tiene el más mínimo problema tubárico, o nota el oído enrarecido. Es la técnica que puede recomendarse a los pacientes con problemas tubáricos crónicos.

Otras técnicas y maniobras

Además de la técnica simple que acabamos de describir existen distintas técnicas y maniobras que permiten ecualizar las presiones exterior y en el oído medio. Citamos su nombre: maniobra de Valsalva, maniobra de Frenzel, maniobra de Toynbee, apertura voluntaria de la trompa, maniobra de Roydhouse, maniobra de Edmonds, técnica de Lowry y el tirón. No transcribimos en que consisten estas técnicas por falta de espacio, pero tenemos a disposición de quien lo solicite (borojim@telefonica.net) la descripción de todas ellas.

Detección del tinnitus

Parece que existe un gran consenso para establecer que los tinnitus, sea cual haya sido su origen: exposición al ruido, lesiones en el oído, agresiones farmacológicas, etc., tienen su origen en una zona de la corteza auditiva situada en el cerebro en la cual, como consecuencia de la agresión sufrida, existe una elevada actividad neuronal que no se justifica por la existencia de ruidos exteriores.

Se han realizado varios estudios de investigación, algunos de los cuales transcritos en números anteriores, que tienen por objeto identificar el punto del cerebro cuya actividad se mantiene aun cuando no existan ruidos exteriores, y una vez identificado aplicar alguno de los distintos procedimientos: neuroestimulación, farmacológico, etc. que pueden eliminar esta elevada actividad causante del tinnitus.

Se trata por tanto de dos partes del tratamiento. En la primera hay que identificar con exactitud el punto del cerebro en el que se origina el tinnitus, y en la segunda, una vez identificado ese punto con total seguridad, aplicar el tratamiento oportuno, que podrá ser no invasivo o todo lo contrario (ver el estudio Elec Tin comentado en páginas anteriores).

El estudio que ahora explicamos se refiere a la primera de las dos partes, es decir, en él se trata de determinar con precisión el punto del cerebro con actividad no justificada por ruidos exteriores y, por tanto, lugar de origen del tinnitus.

Hasta ahora no había manera de detectar con precisión el punto del cerebro donde se localizan las alteraciones neuronales que se traducen en el tinnitus. Se venían utilizando las técnicas de imagen PET y fMRI que proporcionaban información sobre una amplia

zona en la que se encontraba el origen del tinnitus, pero no llegaban a determinar el punto específico. Ahora, con el empleo del scanner MEG (magnetoencefalografía), se puede determinar con una precisión absoluta y mediante una técnica no invasiva, el emplazamiento en el cerebro del punto en el que se origina el tinnitus.

Esto es lo que explica el Dr. M.D. Siedman, coautor con otros investigadores de un estudio en el que recogieron los resultados del empleo del MEG en 17 pacientes con tinnitus más 10 pacientes sin tinnitus. La aplicación del MEG fue de 10 minutos en cada paciente, en los que los pacientes llevaban tapones en los oídos para eliminar ruidos externos y debían mantener los ojos abiertos y fijos en un punto. En los pacientes con tinnitus unilateral la imagen del MEG detectó mayor actividad de la corteza auditiva en el lado opuesto al del tinnitus; y en los pacientes con tinnitus bilateral las imágenes del MEG revelaron actividad a ambos lados del cerebro. En los pacientes sin tinnitus no se encontraron áreas específicas de actividad en la corteza auditiva.

El escaner MEG, del que funcionan 20 unidades en distintos hospitales norteamericanos, se venía utilizando con buenos resultados para realizar mapas cerebrales prequirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía para eliminar los tumores cerebrales o de tratamiento de la epilepsia.

Este estudio se llevó a cabo en el Laboratorio de Investigación en Otorrinolaringología del Hospital Henry Ford, 2799 West Grand Boulevard, Suite K8; Detroit, MI, 48202, Estados Unidos; teléfono: (313) 916-3279.



¡¡Nueva!!

Armonía en el oído para disfrutar de la vida

Gaes ofrece soluciones auditivas a todas aquellas personas afectadas de tinnitus.

Venga a GAES a conocer nuestra gran variedad de protectores auditivos
contra el ruido y descubra la **NUEVA ALMOHADA VISCOELÁSTICA.**

Una almohada recomendada para personas con acúfenos en los oídos
que le permitirá volver a conciliar el sueño.

Llame al Tel. de Información **902 39 39 40**
y pregunte por su Instituto Auditivo Integral más cercano


GAES
Centros Auditivos

www.gaes.es

INSTITUTO
AUDITIVO
INTEGRAL