



APAT

33

Diciembre 2013

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 * www.acufenos.org

Sumario

Convocatoria de la Asamblea General de Socios de la Asociación	1
Los fármacos ototóxicos	2
¿Cómo damos a conocer a personas afectadas por acúfenos que existe una Asociación que puede escucharles, informarles y ayudarles?	3
Dos libros a disposición de los socios	3
Salud laboral. Ruido	4
La palabra del paciente en la consulta acufénica	5
Papel del audioprotesista en el diagnóstico y el tratamiento del paciente con acúfenos	9
Los hombres y las mujeres viven sus acúfenos en forma diferente	11
Los consultorios pluridisciplinares del acúfeno en Francia	12
Investigación. Papel de la dopamina en la susceptibilidad del tinnitus central	13
Preguntas y respuestas	14

Convocatoria de la Asamblea General de Socios de la Asociación

Distinguido/a amigo/a:

Le comunicamos que el próximo día 28 de febrero a las 19,00 horas tendrá lugar la Asamblea General de Socios de nuestra Asociación, en nuestro domicilio social: Calle Providencia, 42, de Barcelona, con el siguiente orden del día:

1. Lectura y aprobación en su caso del acta de la asamblea anterior.
2. Memoria de actividades realizadas en el año 2013.
3. Estudio y aprobación en su caso de los estados contables de la Asociación a 31.12.2013.
4. Estudio y aprobación en su caso del presupuesto de la Asociación para el año 2014.
5. Renovación de cargos de la Junta Directiva.
6. Ruegos y preguntas.

La documentación relativa a los puntos del orden del día estará en el domicilio social, a disposición de los socios que deseen consultarla a partir del día 12 de febrero de 2014.

Le rogamos encarecidamente su asistencia a la asamblea, y le agradeceríamos su disposición a incorporarse a la Junta Directiva, dado que la Asociación tiene la apremiante necesidad de renovar las personas que ocupan los cargos directivos.

Le saludamos atentamente.

Joan Serra Solá, Presidente

Los fármacos ototóxicos

Todo el mundo conoce o ha oído hablar de los efectos secundarios adversos o nocivos de muchos fármacos, efectos que deben ser anunciados en los folletos que acompañan a los fármacos. En el caso de los acúfenos se sabe que algunos fármacos tienen efectos nocivos para las personas que los sufren, en general agravando los acúfenos de la persona que toma tales fármacos, e incluso puede ser que tales efectos consistan en generar acúfenos en personas que no los tenían.

El efecto nocivo del fármaco sobre el sistema auditivo y/o sobre los acúfenos, conocido como ototóxico, puede ser permanente o transitorio. Este último es el caso del fármaco cuyo efecto ototóxico desaparece una vez se ha terminado su prescripción. En el caso de que el efecto sea permanente, el empeoramiento del acúfeno se mantiene aún después de haber cesado la prescripción del fármaco.

Otra consideración a tener presente es la prevalencia del efecto ototóxico. Algunos fármacos como los derivados del ácido acetilsalicílico (aspirina) tienen una elevada prevalencia, es decir, un porcentaje alto de las personas que los toman por prescripción para dolencias distintas de los acúfenos, puede acusar un efecto nocivo sobre su acúfeno.

Nos preguntamos como se sabe que un fármaco es ototóxico o es inocuo a efectos del acúfeno. Hay que acudir a las bases de datos farmacológicas en las que constan todos los estudios efectuados y aceptados para su publicación en revistas acreditadas por cumplir con los requerimientos para ello, y realizar un “barrido” en busca de todas las informaciones publicadas en relación a nuestro problema. Esto es lo que por encargo de APAT nos prepararon en el año 2010 las profesionales que firmaron el informe que en su momento repartimos a los socios.

Este informe recoge lo que se había descubierto gracias a tales estudios hasta el año 2010, y debido a que en la mayor parte de estudios no se indica de forma explícita si el efecto ototóxico era permanente o transitorio ni cual era la prevalencia, estas dos características no están recogidas en el informe. Esta circunstancia no lo invalida en absoluto, ya que se trata de “avisar” a los afectados por acúfenos que la prescripción de tales fármacos “puede” ocasionarle un deterioro de la percepción de su acúfeno, y decimos puede porque no es seguro que vaya a ocurrir. Tampoco podemos afirmar si el efecto será permanente o transitorio.

Veamos un ejemplo. Se trata de un fármaco que no figura en el informe: el Meloxicam 15 mg, que pertenece al grupo de los denominados antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que se utilizan para tratar el dolor y reducir la inflamación en músculos y articulaciones, cuya eficacia es conocida y está probada. En su folleto se indica que entre los efectos adversos poco frecuentes (observados en más de 1 de cada 1000 pacientes pero en menos de 1 de cada 100 pacientes) incluyen, entre otros, zumbidos de oídos. No se sabe, o no se dice, si el efecto será permanente o transitorio. Esta información indica que la prevalencia es muy pequeña (menos de 1 por cada 100 pacientes). Si a un afectado por acúfenos que tiene dolor le prescriben el Meloxicam 15 mg ¿qué debe hacer? ¿correr un riesgo que tiene pocas probabilidades? Parece que lo aconsejable es hablar con el médico que lo prescribe y explicarle su caso, con objeto de que vea si hay otro fármaco equivalente a los efectos de la prescripción, del que no haya información alguna de ototoxicidad. Es lo mejor que se puede hacer.

Para facilitar esta acción en la revista APAT32 publicamos un listado de fármacos existentes en el mercado español, en el que señalamos con un subrayado los fármacos que figuran en el listado de ototóxicos, lo que permite ver las alternativas de fármacos de los que no existe información de ototoxicidad en sustitución de otros ototóxicos. La no concordancia en las fechas de ambos informes: 2010 el primero y 2013 el segundo, puede dar lugar a alguna discrepancia en cuanto a que algún fármaco ototóxico aparece en el primer listado y no aparece en el segundo. Téngase en cuenta que todos los años hay fármacos que se retiran del mercado y aparecen otros nuevos. Por lo anterior, nos proponemos revisar ambos listados en 2014.

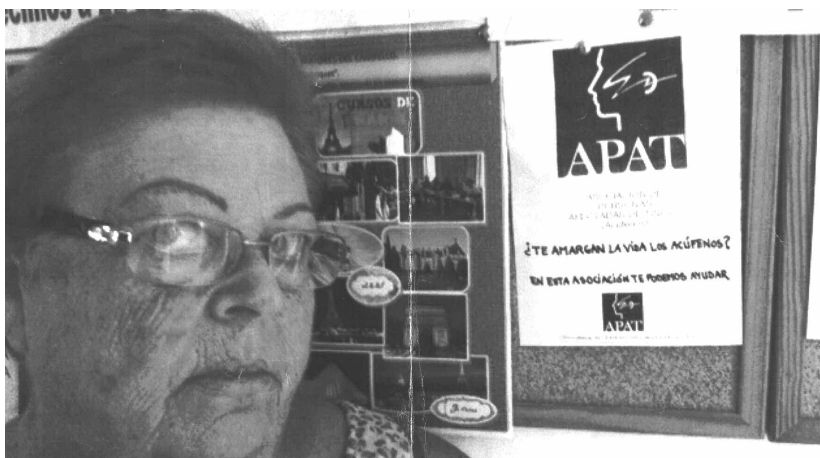
¿Cómo damos a conocer a personas afectadas por acúfenos que existe una Asociación que puede escucharles, informarles y ayudarles?

Para que nuestra Asociación sea conocida del mayor número posible de personas afectadas por acúfenos aprovechamos todas las oportunidades a nuestro alcance: salir en los periódicos cuando tenemos ocasión, acudir a entrevistas en radio y en TV cuando nos invitan, tener una web lo más actualizada posible, etc., y gracias a estas acciones podemos atender a un número de 500 a 600 afectados al año, mediante atención presencial (los que se pueden desplazar a nuestro domicilio social), por teléfono y por correo postal o electrónico.

Ahora acabamos de conocer otra posibilidad para que nuestra Asociación y nuestras actividades sean conocidas. Agustina, una señora afectada por acúfenos residente en la provincia de Alicante descubrió nuestra existencia por internet. Se puso en contacto con nosotros por teléfono y se desplazó a Barcelona donde fue atendida por Joan Serra, Presidente de APAT y por Josep Ribas, Psicólogo vinculado a APAT. Quedó gratamente sorprendida y agradecida de la ayuda recibida, es lo que nos dijo, y quiso demostrar su agradecimiento dando a conocer la existencia de APAT en una amplia área de la provincia de Alicante. Puso carteles como el de la imagen en varios hospitales y farmacias, confeccionó y repartió camisetas con el logo de la Asociación y la leyenda que se observa en la imagen, y consiguió que la revista Vytal: Salud y Belleza que se distribuye en la zona donde reside Agustina, publicara a página entera un amplio reportaje sobre los acúfenos y sobre APAT.

Es seguro que ahora, muchos de los afectados por acúfenos residentes en el área de acción de Guillermina, saben que existe nuestra asociación, como hemos podido comprobar al recibir varias llamadas de personas afectadas por acúfenos residentes en la provincia de Alicante.

Nos iría muy bien que cundiera el ejemplo. Muchas gracias Agustina.



Dos libros a disposición de los socios: Milagro para el Acúfeno y La Enzima Prodigiosa

Nos han enviado la carta que sigue y los dos libros indicados, que están a disposición de los socios

El motivo por el que os escribo fue porque vi en un programa de televisión, creo que fue en la TVE2, que hablaban del ruido en los oídos, y que existía una asociación llamada APAT (Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus). Me llamó la atención porque yo también lo sufrí durante tres años, y me dije porque no contarles mi experiencia por si a alguno le vale.

Yo empecé como es normal visitando otorrinos tanto de la Seguridad Social como médicos privados, y no sólo tenía zumbido en el oído, sino también tenía mucosidades en la garganta, y esputaba mucho. Cuando me vía el otorrino me decía que el oído estaba bien, y la garganta, en la que me introducía un cable monitorizado por la nariz, me decía que había mucosidades pero que no estaba irritada. Total que en estos

tres años me atiborré de pastillas, incluyendo el Flumil 600, que lo único que hacía era perjudicarme más, ya que me salían manchas en la piel.

Una vez escuché a un médico decir que nuestro cuerpo es inteligente, que te está diciendo continuamente lo que le pasa, y que se puede autocurar por sí mismo pero que hay que ayudarlo, puso un ejemplo diciendo que el pH de la sangre se mantiene siempre neutro y tiene que estar entre 7 y 7,4 más o menos algunos decimales, si pasa a ser ácida moriríamos (pH entre 0 y 7), y para evitarlo ella misma saca el calcio de los huesos para equilibrarse y subir el pH. Otro vino a decir que si tenemos acidez en la garganta, el mismo cuerpo segrega mucosidad para protegerlo. A partir de aquí empecé a buscar más información, para intentar solucionar mi problema.

Lo primero que hice fue mirar las analíticas de los tres últimos años. Todo era normal y estaban dentro de los niveles, pero me llamó la atención que el rango de la orina pudiera estar entre 5 y 8, yo andaba alrededor del 5,3. Alguien me dijo que el rango de niveles del colesterol anteriormente estaba en el límite de 220, y después lo han bajado a 200. Creo que las industrias farmacéuticas nos están manejando como quieren y puede que no les interesa la gente sana, nos tienen adictos a los medicamentos.

Empecé por hacer una lista de los alimentos naturales con pH alcalino (frutas, verduras, y frutos secos en su mayoría), y otra de alimentos acidificantes (café, tabaco, alcohol, carnes, refrescos, etc.). Me compré un analizador de pH electrónico que me costó 11 euros por internet, y actualmente tengo el pH en la orina entre 6,5 y 7, midiéndolo ahora una vez al mes. El equilibrio ácido-básico (o alcalino) en el cuerpo es fundamental. El limón también me ha ayudado mucho porque aunque sea ácido, en el cuerpo hace el efecto contrario. En unos 2 meses me curé.

La alimentación no es todo. Deje de usar los auriculares, a escuchar la música más baja así como la tele, a tener un vida más tranquila sin estrés, echar media hora de siesta, cambié la leche de vaca por la de soja, a reducir bastante el consumo de azúcar blanco, de hecho ahora solo tomo azúcar moreno, o extracto líquido de stevia extraída por mí, ya que las que venden en los comercios ahora tiene poco porcentaje de stevia y mucha química. Otra cosa: yo pesaba 78 kilos, y mido 1,72, ahora mi peso está sobre los 72 kilos, tengo 55 años y vivo en Málaga. Ando como mínimo una hora al día y hago un poquito de ejercicios, bebo mucha agua entre litro y medio y dos litros. Ser optimista, tener ilusiones, ver el vaso siempre medio lleno, reírse de vez en cuando aunque sea de uno mismo creo que también influye. De todo este cambio de vida no sé exactamente lo podría haber curado el tinnitus, lo que sé es que mal no me hace, sino todo lo contrario.

Para terminar, antes de nada, para que estéis mejor documentado os recomiendo leer estos dos libros electrónicos que me han pasado, y yo os lo paso a vosotros para que os sirvan como me han servido a mí.

Un saludo y buena suerte.

A.G., Málaga

Salud laboral. Ruido

Una de las causas frecuentes de los acúfenos es la exposición continuada al ruido de elevada intensidad, y tenemos muchos testimonios de ello entre obreros del sector metalúrgico que han trabajado sin protección contra el ruido, militares, músicos, personal y clientes habituales de discotecas, etc.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León publicó un documento denominado **PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA PARA LOS TRABAJADORES EXPUESTOS AL RUIDO**, que constituye un excelente trabajo por lo bien documentado que está en relación al ruido en ambientes laborales, a sus consecuencias y a las formas de protección que es necesaria adoptar.

Disponer de este documento ya no servirá para los que tienen acúfenos generados por su exposición continuada al ruido, sea del origen que sea, pero servirá para advertir a personas que se mueven constan-

temente en espacios muy ruidosos para que tengan en cuenta y promuevan los procedimientos de protección al ruido que se detallan en dicho protocolo.

El documento está a disposición de los socios.

La palabra del paciente en la consulta acufénica

En las consultas telefónicas, en las presenciales, e incluso en las que atendemos por e-mail, y en los grupos de ayuda mutua, tenemos como objetivo primordial escuchar a la persona afectada por acúfenos. Un artículo publicado en France Acouphènes realizado por Nicolas Dauman, Doctor en Psicología por la Universidad de Poitiers y Psicólogo Clínico en Limoges, pone de relieve la importancia que tiene escuchar la descripción que el paciente realiza de su acúfeno, y se lamenta de que no haya habido estudios cuantitativos que permitan estudiar el acúfeno y su tratamiento a partir de las descripciones escuchadas en las consultas. Este enfoque, que aportaría una riquísima información al facultativo que atiende a un paciente, difiere de la mayoría de los enfoques habituales en los que la palabra del paciente tiene poca influencia en el facultativo, que establece las pautas a seguir según un criterio preestablecido, y sin dejar influenciarse por lo que el paciente pueda decir.

Uno de los afectados que asistió a uno de los grupos de ayuda mutua celebrados en Valencia, explicó que en su visita al otorrino que lo atendió, las primeras palabras de éste fueron: ¿Sabe usted rezar? Y aquí se acabó la visita y las esperanzas del paciente. Obviamente a este facultativo las palabras del paciente describiendo sus vivencias a causa del acúfeno le importaban muy poco. Esperemos que estas actitudes vayan cambiando, a lo que puede contribuir la lectura de la traducción del artículo indicado que transcribimos a continuación.

Sorprende constatar como la literatura científica que se encarga de analizar los mecanismos que producen el acúfeno y el trastorno auditivo, se olvida de las palabras de los pacientes utilizadas para describir su trastorno cuando lo explican a los profesionales. Así, cuando se han alcanzado progresos notables en materia de investigación fundamental en los últimos treinta años, el profesional solo dispone de su propia experiencia para interpretar y conocer el sufrimiento del afectado, sin que exista ningún estudio que analice los efectos de su palabra y de la de los pacientes que recibe en su consulta a la que acuden en demanda de ayuda.

Todos sabemos el alcance que las palabras pronunciadas en una primera consulta médica en relación al acúfeno, tienen consecuencias decisivas sobre la perspectiva que se abre, o que se cierra, para un paciente que será atendido durante las próximas semanas o meses. Esta importante discrepancia entre la literatura neurocientífica y la práctica cotidiana basada esencialmente en un intercambio de palabras, suscita hoy la atención de algunos profesionales, investigadores y clínicos prácticos a la vez, que desean mantener el rigor científico al tiempo que estudian el tratamiento práctico de un problema de salud difícil de tratar según los criterios habituales de la consulta médica.

Cabe preguntarse cuáles son las razones de que tan pocos estudios se hayan ocupado de analizar este aspecto del trastorno acufénico: lo que los pacientes dicen acerca del acúfeno y de su sufrimiento personal. La primera impresión es que esta cuestión ha parecido superflua a más de un científico, si se toma al pie de la letra la definición: percepción de sonidos en ausencia de una estimulación exterior, que tantísimos autores utilizan. Sin embargo, sobre esta cuestión, como sobre tantas otras propuestas por la investigación científica, debemos poner en duda la evidencia del consenso, que frecuentemente obscurece la comprensión de las cosas con el propósito de simplificarlas. Solicitaremos a los textos científicos lo que los pacientes esperan: que puedan explicar sus hipótesis, su concepción del acúfeno, y sus convicciones en materia de habituación (un concepto muy asociado al acúfeno, y por tanto muy difícil de explicar mediante hechos).

Poniendo al mismo nivel el análisis de la palabra del paciente acufénico y la del científico, tratamos de llamar la atención sobre las dificultades encontradas por todos y por cada uno de los pacientes cuando se les pide hablar de su acúfeno. Parece que esta cuestión no se ha planteado aún en el campo de la investigación.

Lo que puede saberse del acúfeno desde un punto de vista experimental

Una revisión de la historia de la investigación en otorrinolaringología nos permite hoy una observación que ha podido escapar a las profesionales que la han descrito, a menudo con un conocimiento científico destacable: la introducción de la medida del acufeno ha enrarecido las relaciones personales entre el paciente y el profesional. Durante muchos años, solo el paciente podía tener conocimiento de la intensidad de su acufeno, lo que suministraba al profesional una información incontestable basada en la palabra del paciente. Después de la introducción de la audiometría tonal en el diagnóstico del acúfeno en la década de los años 1930, el médico puede dar una réplica al paciente en cuanto a la intensidad de su acúfeno comparada con la de los sonidos exteriores. Numerosos artículos escritos por el célebre audiólogo americano Earl P. Fowler explican y justifican el interés de conocer la equivalencia audiométrica del acúfeno, que resulta paradójico en cuanto se trata de intensidades que muy raramente superan 10 decibelios de intensidad, o sea el ruido de un siseo o similar. Encontramos en las publicaciones de este audiólogo pionero afirmaciones contundentes sobre la concepción audiológica del problema. Como ejemplo, citamos un comentario ilustrativo de la incidencia de la audiometría sobre el sufrimiento individual del paciente: En muchos casos, aunque el paciente sostiene que sus acúfenos son tan fuertes que resultan intolerables, en realidad son muy débiles, como se determina mediante la técnica de medición de la intensidad.

Por tanto, las primeras mediciones del acúfeno descalificaban la palabra del paciente a los ojos de los facultativos que solo veían un sonido de leve intensidad aunque constante. Es decir, lo que no se podía atribuir a una evaluación metódica de la intensidad del acúfeno se debía apoyar en otras razones, menos audiológicas. Fowler no hablaba todavía de la psicología del paciente que sufre el acúfeno, y su criterio es perfectamente explícito: medir el sufrimiento individual en función de los resultados obtenidos en la consulta médica, y en consecuencia la actitud del médico quedaba reflejada en los términos siguientes: El paciente debe ser invitado a adoptar una actitud razonable con respecto a sus síntomas y a hacerles frente en su justa medida.

Comparación del acúfeno con un sonido determinado y conocido en cuanto a frecuencia e intensidad

Esta comparación es aproximada y no responde a una reproducción fiel del sonido percibido. Así, es preciso compararlo con más de 30 frecuencias distintas para reproducir algunos acúfenos, y aún con ello no conseguir un resultado estrictamente idéntico al del acúfeno percibido, según manifiestan los propios pacientes. Muy lejos de ser comparable a un sonido puro, testimonio objetivo como presentaban los primeros audiólogos, el acufeno es mucho más complejo e incomprensible desde el punto de vista experimental. Por otra parte, existen numerosos testimonios de acúfenos que varían de frecuencia y de intensidad de un día a otro, lo que comporta la experimentación mucha más compleja que la de un estímulo sonoro definido obtenido previamente. El acúfeno también puede resultar modificado por la propia experimentación, aumentando o disminuyendo la intensidad percibida ante los sonidos destinados a enmascararlo.

El término acúfeno no designa ninguna experiencia definida válida para todos los pacientes

El psicoaudiólogo Tyler explica que existe una gran gama de respuestas individuales a las mediciones psicoacústicas del acúfeno, aunque los pacientes lo describan de forma similar. Así, tanto la intensidad, como la frecuencia y como la severidad del acúfeno evolucionan con el tiempo. Un tercio de los 500 pacientes estudiados por Tyler señalan un aumento de sus molestias con el tiempo, mientras que para otro tercio dice que sus molestias se mantienen, y el restante tercio aprecia una mejoría con el tiempo. ¿Cómo podrá saber el facultativo el alcance de esta evolución en el tiempo a partir de un examen audiométrico? La complejidad de esta cuestión aparece cuando se contempla a lo largo del tiempo en lugar de hacerlo en un instante puntual. La hipótesis de una pequeñísima intensidad válida para todos los pacientes acufénicos es en realidad un error de interpretación de los datos medidos. Habrá que esperar a los años 1980 para

que la efectividad de las mediciones iniciales (número de decibelios por encima del lindar auditivo) en la evaluación de la intensidad sonora del acúfeno. Estas mediciones no tenían en cuenta la pérdida auditiva de numerosos pacientes, y de sus consecuencias sobre la percepción de las intensidades obtenidas mediante la comparación objetiva del acúfeno. Estas mediciones están afectadas significativamente por la pérdida auditiva (según las frecuencias analizadas), de manera que un sonido de 10 decibelios por encima del lindar auditivo pueda ser percibido como fuerte por el que sufre pérdida auditiva. Este fenómeno es necesario tenerlo en cuenta en los casos en que las mediciones parecen contradecir radicalmente la importancia de las molestias del paciente.

Una de las hipótesis fundacionales de las TCC (terapia comportamental cognitiva): falta de razón objetiva que justifique la queja individual de numerosos pacientes, testimonia pues, en realidad, uno desconocimiento tanto de las propiedades de la audición como de la complejidad psicoacústica del acúfeno. Esta hipótesis ha sido desestimada por sus defensores, pero mantienen que es legítimo tener un mismo discurso para todos los pacientes, cualquiera que sea su perfil audiológico.

Lo que se puede aprender del testimonio de los pacientes

No es habitual interesarse por las palabras de los pacientes que sufren acúfenos, en cambio se presta mucha atención a tratar de que entiendan los modelos neurológicos. La experiencia de los acúfenos es, en realidad, mucho más difícil de describir de lo que se piensa habitualmente. Esto no se debe de ninguna manera a los límites individuales (de los pacientes o de los facultativos que los atienden), sino al hecho de que el lenguaje parece insuficiente para explicar las vivencias que se sufren a causa de los acúfenos. Uno de los sentimientos más frecuentes, compartidos por millares de personas del mundo entero cualquiera que sea su nacionalidad, es un sentimiento de profunda incompreensión de su entorno familiar y social en relación a este sufrimiento.

Entre los primeros en interesarse por el testimonio de los pacientes, Tyler y Baker en 1983 describen la frustración sentida por numerosas personas por el hecho de que no pueden explicar a los otros lo que es su acúfeno, lo que ellos viven permanentemente. Un sentimiento doloroso de no ser escuchado por los otros, ni tomados seriamente por algunos profesionales, marca estos testimonios espontáneos. En entorno no se da cuenta de lo que ellos viven, adoptando una escandalosa actitud de indiferencia ante un padecimiento que se multiplica por el contraste dramático entre las experiencias y las actitudes percibidas. La importancia de esta dimensión social del sufrimiento de numerosas personas está puesta de relieve en un estudio reciente realizado en Alemania, que indica que el 93 % de los pacientes encuestados afirman que el elemento más nefasto es el desinterés de los facultativos por el sufrimiento de los pacientes. O, como destacan Jastreboff y Hazell (precursores de la TRT Tinnitus Retraining Therapy), la experiencia de un acúfeno es desconcertante, ya que no responde a ninguno de los sonidos oídos anteriormente en el entorno cotidiano del paciente. Este aspecto desconcertante del acúfeno es puesto en evidencia por los propios pacientes es recogido muy raramente en la literatura especializada.

“Es muy complicado de describir, me decía un hombre de 50 años en una visita individual. Es un sonido, es una vibración, hace Fuuuuu... un sonido muy agudo”. Una mujer de 70 años encuentra las mismas dificultades para hacer comprender a su interlocutor lo que pasa en su oreja: “Pasa Como decirlo, yo lo oigo ahora, pero no es fácil de describir. Es como un ruido de motor, un pequeño motor: rouhhh, rouhhh, y de pronto se transforma en estridente, hace iiihhh, iiihhh. Pero depende de mis emociones, lo sé perfectamente, que el ruido cambie”.

Para el facultativo atento a las palabras de sus pacientes estas manifestaciones no deben sorprenderle. Le confirmarán que la comprensión de las palabras del paciente depende de que los sonidos descritos sean comparables a los sonidos apreciados en sus entornos: el del paciente y el del facultativo.

Es de destacar que las personas no describen su acúfeno de una misma manera, y que esta descripción depende de las zonas donde viven. En un entorno rural los pacientes hablan de “ruido de grillos” para describir lo que oyen, y no evocan jamás el “ruido del océano” como los que habitan cerca del mar, los cuales, a su vez, pocas veces manifiestan parecidos entre el sonido percibido y el sonido de los insectos, ya que en su experiencia cotidiana no suelen oírlos. Los científicos, hasta hoy, no han explorado esta cuestión sor-

prendente, lo que les lleva a dar por válida la hipótesis de que todos los acúfenos son “universales” e invariables de un lugar a otro.

Lo que puede leerse sobre la habituación (modelos teóricos)

A la vista de las investigaciones psicoacústicas conocidas en los últimos 20 años y del testimonio de los pacientes, los modelos teóricos disponibles para habituarse progresivamente al acufeno parecen teorías simplistas. No entramos en un examen exhaustivo de tales modelos teóricos, pero recordemos que existen dos modelos principales:

- A. Un modelo psicológico o comportamental, aunque los modelos psicológicos no se limitan a las TCC (terapias cognitivo-comportamentales), sino que aportan más elementos y generan más posibilidades que las de las TCC.
- B. Un modelo neurofisiológico, la TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*).

Aunque es legítimo distinguirlos por su nivel de análisis y de interpretación del concepto habituación, los dos modelos tienen en común la hipótesis de que el acufeno puede ser comparado a un estímulo acústico. La única diferencia es que el acufeno no se encuentra en el entorno (fuera) sino en el cuerpo del paciente (en el interior).

Algunos psicólogos, defensores activos de las TCC, parecen ignorar las investigaciones psicoacústicas citadas, escasamente compatibles con las previsiones de las teorías TCC:

“Este modelo sugiere que la habituación al acufeno sigue las mismas reglas de habituación que cualquier otro estímulo constante”. El propio fundador de las TCC, R. Hallam, parece despreciar la complejidad del acufeno y la incidencia de la diversidad de perfiles audiológicos de los pacientes: “Fundamentalmente, escribe, partimos de la hipótesis de que las quejas ocasionadas por los acúfenos son la consecuencia de una incapacidad para dejar de prestar atención a su ruido, y que nada aportan para entender su percepción”.

Los términos “estímulo” y “señal” ponen de relieve que para las TCC el acufeno es análogo a un “sonido” del entorno. Esta opinión es manifiestamente contradictoria con los datos experimentales, incluso para la percepción de los pacientes, que se enfrentan a un ruido que no es comparable a ningún ruido anteriormente conocido. Como hemos explicado anteriormente, esta opinión se deriva de las primeras mediciones audiométricas (el acufeno como sonido de baja intensidad). Esta opinión se mantiene en los modelos de habituación comportamental que no es capaz de distinguir la diversidad de las experiencias individuales imponiendo a todos los pacientes el mismo tratamiento sin distinción de un paciente a otro. Se encuentra también en el modelo neurofisiológico o TRT de Jastreboff y Hazell.

Los fundadores de la TRT también adoptan una posición indiferente a la vista de los estudios experimentales que cuestionan la analogía entre el acufeno y un sonido exterior. Esta posición se basa en un concepto válido tanto para la TRT como para las TCC: los estudios sostienen que 3 de cada 4 personas con acúfenos tienden de forma natural a habituarse. Para estos autores-investigadores la explicación del trastorno generado por el acúfeno se debe a una desviación de la norma, supuestamente estándar, de habituación a los acúfenos. También en el modelo psicológico se trata de relacionar el sufrimiento individual con los factores psicológicos: ansiedad, depresión, insomnio, etc., en tanto que en el modelo neuropsicológico lo relaciona con las ideas negativas motivadas por la percepción del acufeno.

Por tanto, ninguno de estos modelos contempla la posibilidad de sufrir el acufeno sin compararla a una desviación individual. Es decir, suponen que las razones o motivos para sufrir el acúfeno son idénticos en todos los afectados.

Lo que nos queda por aprender

De las investigaciones llevadas a cabo con pacientes acufénicos bajo la forma de cuestionarios se deduce que un interés por los parámetros acústicos de esta experiencia individual tiene poco que explicarnos sobre

el sufrimiento individual. Hablar del acúfeno como la percepción de un sonido no podrá hacernos entender las vivencias de cada acufénico enfrentado en un momento de su vida a esta experiencia, en algunos casos en el límite de lo que puede soportar. La definición científica del acúfeno: un sonido percibido en ausencia de estimulación exterior, explica el punto de vista de un observador exterior de esta realidad, al que las diferentes comparaciones que le presentan sus pacientes, no le permitirán jamás comprender el sufrimiento cotidiano de los mismos.

A nuestro entender, en materia de investigaciones científicas las ciencias deberán prestar su atención a las manifestaciones de las personas que sufren de acúfenos, en lugar de basar su trabajo en la identificación del sonido percibido por el paciente. No es fácil hablar del acúfeno para describir una realidad tan extraña, en cambio todos los pacientes son capaces de describir las consecuencias sociales e individuales que la irrupción del acúfeno ha supuesto en su vivir.

Cabe destacar que otras patologías u otros trastornos relacionados con la audiología han sido objeto en el pasado de estudios cuantitativos basados en las explicaciones de los pacientes, sin poner en duda la autenticidad de su relato. Estos han sido los propósitos de un estudio realizado en Suecia en personas afectadas por la enfermedad de Menière, de otro estudio en personas afectadas por hiperacusia y de otro en EE. UU. Sobre padres a los que se había anunciado la sordera de sus hijos. En estos estudios la experiencia individual no se ha discutido en relación a los datos médicos medidos, ya que tratan esencialmente de comprender el punto de vista de una persona enfrentada a un trastorno, con el propósito de aportar una ayuda al paciente teniendo en cuenta las dificultades concretas encontradas por cada uno de ellos.

Se trata, por tanto, de un cambio de perspectiva completo en relación a los primeros trabajos en el campo del acúfeno: la información no es comunicada al paciente según las concepciones del facultativo sino todo lo contrario, el facultativo debe aprender del paciente esta realidad dolorosa que es esencialmente individual y singular.

Nótese que este enfoque sigue una orientación que coincide con la de la psicoterapia, y que frecuentemente es puesta en práctica por los psicólogos clínicos, para los cuales la primera obligación es la de escuchar las palabras del paciente, que éste les dirige en la consulta, sin contestarlas ni criticarlas.

Destacamos aquí un estudio internacional que se lleva a cabo en Francia y en Suecia basado en la palabra de la persona acufénica, ya que abre nuevas perspectivas con efectos terapéuticos en su experiencia acufénica, que son apreciados por el propio paciente. Este enfoque hacia la “palabra del paciente” aún no ha sido objeto de grandes estudios cuantitativos comparativos, aunque nada prohíbe que en el futuro sean objeto de evaluaciones fiables. Señalemos aquí que ha habido estudios cualitativos, no cuantitativos, que han contribuido a un mejor conocimiento de la realidad vivida por miles de personas, al situar este drama humano en su realidad social, como lo han apreciado los pacientes que en los últimos 30 años han tenido la ocasión de hacer oír su palabra.

Papel del audioprotesista en el diagnóstico y tratamiento del paciente con acúfenos

Hemos recibido consultas de personas con acúfenos en las que nos preguntaban qué tipo de prótesis auditivas debían comprar para afrontar sus acúfenos. Como es obvio, nosotros no estamos en condiciones de aconsejar nada concreto en estos casos, ya que la decisión sobre el tipo de prótesis auditivas (enmascaradores de sonido, generadores de sonido blanco, etc.), corresponde a los facultativos correspondientes. Cuando la consulta a la que acude el paciente es una consulta pluridisciplinar, uno de los facultativos que le atenderá será un audioprotesista, que es un facultativo que conoce las características y cualidades de las distintas prótesis disponibles, el cual de acuerdo con los restantes profesionales de la consulta decidirá si el paciente debe utilizar prótesis, y en caso afirmativo qué prótesis debe ser utilizada.

Puede ocurrir también que el paciente, sean cuales sean sus motivos, acuda directamente a un audioprotesista para que le ayude a seleccionar las prótesis que le conviene.

Por todo ello, a los afectados por acúfenos nos interesa saber cual es el rol del audioprotesista en el diagnóstico y tratamiento de nuestro problema. Es por este motivo que publicamos un artículo preparado por Mr. Matthieu del Rio, audioprotesista que ejerce en Burdeos, que publicó recientemente France Acouphènes.

Un tratamiento pluridisciplinar

El tratamiento del afectado por acúfenos por el audioprotesista no debe inscribirse en un contexto aislado, sino que debe hacerse en el seno de un equipo pluridisciplinar, lo que permitirá potenciar la toma en consideración del paciente que sufre y mejorar su calidad de vida. El trabajo en equipo es, por tanto, el más eficaz.

Tres acciones complementarias para tomar en consideración el problema

Se proponen tres acciones complementarias que deben estar coordinadas y supervisadas por el otorrino responsable de la consulta. La primera acción tiene como objetivo disminuir la intensidad objetiva del acúfeno con la utilización de tratamientos medicinales y/o estimulación eléctrica, y será a cargo del otorrino. La segunda acción tiene por objetivo interferir en la percepción del sonido utilizando técnicas audioprotésicas que incluyen el “*counselling*” (ver APAT 32) y la utilización de generadores de sonido blanco (GBB), generadores combinados de sonido (Combi) o correctores de audición (ACA). Esta acción es responsabilidad del audioprotesista. La tercera acción tiene el objetivo de disminuir el estrés y la carga emocional, a realizar, entre otras, mediante la sofrología y las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) a cargo del sofrólogo y/o del psicólogo.

El papel del audioprotesista es, por tanto, complementario del del otorrino. Éste al haber estado a cargo de la primera acción, habrá definido la estrategia a seguir por el equipo pluridisciplinar para el tratamiento del paciente. El audioprotesista debe conocer las informaciones recogidas en la primera acción y adaptarse en cuanto a sus acciones teniendo en cuenta las otras terapias que se puedan proponer en cada caso. También debe ser consciente de que el paciente es a menudo frágil, estresado, ansioso y que no está comprendido por su entorno familiar y social.

Estos elementos deben ser conocidos y analizados para definir un protocolo audioprotésico de tratamiento, que debe ser rigurosos y metódico basado en: análisis de los datos facilitados por el otorrino, anamnesis del paciente, test preprotésicos, acufenometría en algunos casos, y explicación clara y comprensiva al paciente del tratamiento propuesto.

El audioprotesista debe comprender el impacto psicológico del acúfeno sobre el paciente, e igualmente debe dar explicaciones sin esconder las dificultades. Debe ser un “compañero” que tranquilice y dé coraje al paciente y no un simple técnico que le “coloca” un material electrónico. Debe aconsejar al paciente con una explicación global del acúfeno y del tratamiento audioprotésico propuesto. Con ello un elevado número de pacientes se tranquilizan en relación a la evolución de su acúfeno y no sienten la necesidad de realizar otras terapias complementarias.

El empleo de los generadores de ruido blanco GBB (que contienen todas las frecuencias audibles por el oído humano), utilizado en la TRT (Tinnitus Retraining Therapy) tiene por objetivo enriquecer el entorno sonoro para disminuir el contraste generado por el acúfeno. Por ello el audioprotesista, y el terapeuta en general, explicará al paciente las veces que haga falta que el silencio es su peor enemigo. Deberá aconsejarle y prescribirle la audición de sonidos específicos sin connotaciones emocionales, y así más fácilmente eliminables por el cerebro auditivo (el área del cerebro que procesa los estímulos sonoros).

Se dispone de tres estrategias de enmascaramiento posibles:

- Enmascaramiento del tinnitus (TM): muy poco eficaz a medio y largo plazo.

- *Tinnitus Retraining Therapy* (TRT): método que utiliza los generadores de ruido blanco GBB y el “*counselling*” (véase APAT 32).
- Terapia Sonora Secuencial: una combinación de los dos métodos anteriores.

La TRT ofrece resultados muy esperanzadores. Integra dos acciones: la terapia sonora y el “*counselling*”, el cual debe incluir información del acúfeno en general y aprendizaje del uso de los generadores GBB. La información debe explicar sobre la percepción del acufeno por el cerebro y sobre la metodología de habituación al acufeno. Este “*counselling*” permitirá eliminar la angustia del paciente debido a las ideas erróneas recibidas y con ello desdramatizar el acufeno.

La terapia sonora mediante los GBB y/o los ACA tiene por objetivo normalizar la atención del paciente hacia su acúfeno, para eliminar el estado de emergencia provocado por éste reduciendo la intensidad de su percepción.

El aprendizaje que forma parte del “*counselling*” permitirá eliminar la focalización de la atención sobre el acúfeno gracias a la reducción de las asociaciones emocionales negativas. La utilización complementaria de las TCC ayuda a reducir la intensidad subjetiva y por tanto la sensibilidad del paciente al acúfeno.

Por todo ello, el audioprotesista debe integrar el conjunto de estos elementos de los que dispone, y escoger un ruido de terapia adaptado a cada paciente. Es bueno recordar que, sea el que sea el ruido utilizado, el objetivo buscado siempre es el mismo: desviar la atención del paciente por su acúfeno.

Conclusión

A menudo el acúfeno genera un contexto psicológico particular que hace insuficiente el tratamiento audioprotésico aislado. El proceso terapéutico debe ser definido inicialmente por el otorrino, que deberá ser corregido o mantenido a medida que se avance en el tratamiento. El equipo pluridisciplinar permite una actuación coherente de los profesionales implicados, uno de los cuales es el audioprotesista, e incluso permite privilegiar la acción de alguno de los profesionales según sean las características del paciente. Finalmente cabe señalar que la correcta elección de las prótesis auditivas que realice el audioprotesista será un elemento más a contribuir al éxito de un tratamiento.

Los hombres y las mujeres viven sus acúfenos en forma diferente

¿Los parámetros psicológicos, diferentes del hombre a la mujer, o la edad, pueden tener repercusión sobre la forma de percibir el acufeno? A esta pregunta ha querido responder un equipo de investigadores alemanes. Han evaluado entre los pacientes que presentan un acufeno crónico, el trastorno producido por el acufeno, el estrés, la forma de afrontar el acufeno, el grado de pérdida auditiva, la intensidad subjetiva del acufeno y su duración.

En el estudio participaron 607 mujeres y 573 hombres, con edades entre 17 y 81 años, y con un acúfeno de 3 meses o más de duración.

Con independencia de la edad y de la duración del acúfeno, las mujeres tenían un trastorno más intenso y también mayor estrés. Aunque su grado de pérdida auditiva y el volumen de su acufeno eran más bajos en las mujeres, éstas presentaban resultados más bajos en los test que evaluaban la forma de afrontar el acúfeno. Estas diferencias entre hombres y mujeres eran pequeñas pero significativas. El análisis de las edades ha indicado diferencias significativas entre las mujeres y los hombres más ancianos. El trastorno era mayor entre las personas de 45 a 59 años que entre los más jóvenes; y resultó en los hombres mayores de 60 años que el trastorno era menos grave. En cuanto a la pérdida auditiva sucedía lo contrario, ésta aumentaba con la intensidad del acúfeno, cualquiera que fuera la edad, y cualquiera que fuera el sexo del paciente.

Los autores constataron diferencias entre los sexos en cuanto al sufrimiento ocasionado por un acúfeno crónico, aunque tales diferencias dependían de la edad y de la duración del acúfeno. El conocimiento de estas diferencias contribuirá a una mejora de los tratamientos.

Por ejemplo, las quejas somáticas y los trastornos por insomnio de los pacientes mayores podían ser reducidos mediante actividad física, técnicas de relajación, y terapia cognitivo-comportamental adaptada para reducir su sufrimiento psíquico. En cuanto a los más jóvenes, la terapia a aplicar debería incluir el control del estrés.

Para mayor información: *Seydel C et al. Gender and chronic tinnitus: differences in tinnitus-related distress depend on age and duration of tinnitus. Ear Hear. 2013.*

Los consultorios pluridisciplinares del acúfeno en Francia

En números anteriores hemos explicado que en varios países europeos, Francia entre ellos, se han organizado consultorios pluridisciplinares que reúnen generalmente otorrino, psicólogo, otoneurólogo y audioprotesista para atender de una forma integral a los afectados por acúfenos. El funcionamiento de estos consultorios franceses se describió en la revista APAT 25, y el de la clínica de la Universidad de Regensburg (Alemania) en la revista APAT 30.

Nos dicen que en España empieza a haber algunos consultorios similares a los franceses, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en el Hospital Clínico de Valencia, en el Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona y probablemente en otros hospitales españoles que desconocemos, aunque no sabemos cómo están organizados ni cuáles son sus protocolos de funcionamiento. Es necesario que este tipo de consultorios se organice, tanto en la sanidad pública como en la privada, y los haya en toda España.

Disponemos de un mapa de Francia en el que vemos que existen 27 consultorios a lo largo del territorio francés. Los componentes de estos consultorios se han agrupado en una asociación denominada AFRÉPA, que se reúne anualmente para intercambiar informaciones y poner en común todos los conocimientos y experiencias adquiridos a lo largo del año. Deseamos que en España no tarde en haber iniciativas similares.

En la última reunión de AFRÉPA tuvo lugar un coloquio entre los asistentes, del que creemos interesante publicar una de las preguntas y su respuesta. La pregunta de un asistente fue: ¿Cuáles son las tendencias futuras para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los acúfenos?

La respuesta fue la siguiente. Hay aún mucha labor a realizar. Hay que convencer a los otorrinos y a los médicos generalistas que se puede tratar a los acufénicos por métodos que no son necesariamente mediante medicamentos, como las terapias sonoras, las terapias psicológicas o los métodos de consejo directo (counselling) consistentes en explicar al paciente las bases fisiopatológicas del trastorno acufénico, tomarse tiempo en la consulta, explicar al paciente como se puede interferir en el nivel central para facilitar la habituación, describir las características y las indicaciones de las terapias sonoras, y dar una mejor formación a los audiprotesistas en relación a los acúfenos, habida cuenta que muchos afectados son atendidos por tales profesionales. Todo esto aún no forma parte de los hábitos comunes, no obstante el crecimiento de los equipos multidisciplinarios y la presencia de profesionales en nuestras reuniones nos indica que estamos en el buen camino. Ciertamente, los acufénicos son pacientes difíciles, las consultas duran mucho tiempo y es preciso organizarse. La imagen que se tiene de la consulta y de los tratamientos para el acúfeno es frecuentemente negativa debido a que los resultados no son siempre satisfactorios. Es necesario continuar motivando a los facultativos, ya que cuanto más dominemos los métodos, sobre todo las terapias sonoras, mejores serán los resultados. Por tanto, es indispensable conocer perfectamente esta forma de tomar en consideración la consulta acufénica, y divulgarla para que los profesionales la conozcan y la practiquen, y los resultados positivos llegarán. Este es el rol de la AFRÉPA.

De los 27 consultorios multidisciplinarios que existen en Francia transcribimos información sobre los de siete ciudades cercanas a la frontera española, por si algún afectado español se decidiera a acudir a alguno

de dichos consultorios. Además, accediendo a la web www.afrepa.org se obtiene amplia información sobre esta asociación y sus actividades.

BOURDEAUX (Gironde). Pr. Dauman René, ORL. Tél. 05 56 79 55 42
 PAU (Pyrenées Atlantiques). Dr. Paul Dufauret, ORL. Tél. 05 59 84 84 84
 TOULOUSE (Haute-Garonne). Dr. Fraysse Marie-José, ORL. Tél. 05 61 77 77 70
 PERPIGNAN (Pyrenées Orientales). Dr. Gouzy Robert, ORL. Tél. 04 68 39 81 81
 PERPIGNAN (Pyrenées Orientales). Dr. Belliato Rodolphe, ORL. Tél. 04 68 34 20 78
 NÎMES (Gard). Dr. Reynaud Christophe, ORL. Dr. Aime Jacques, ORL. Tél. 04 66 68 68 68
 ALÉS (Gard). Dr. Bonnet André, ORL. Tél. 04 66 78 72 72
 MARSEILLE (Bouches-du-Rhône). Dr. Paolino Michel, ORL. Tél. 04 91 17 17 22

Investigación. Papel de la dopamina en la susceptibilidad del tinnitus central

Por Avril Genevieve Holt, Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Wayne. Revista Tinnitus Today. Vol. 37, nº 3. Invierno 2012. Traducción: Mercedes Delclós.

La dopamina es un neurotransmisor químico que se utiliza para modificar la comunicación entre las neuronas de una región del cerebro o entre las neuronas de diferentes regiones del cerebro.

Previamente, aplicamos un método de indentificación genética a dos modelos diferentes de tinnitus: 1) un modelo de cambio de umbral permanente (PTS) en el que el tinnitus fue generado con un ruido que producía pérdida auditiva permanente; y 2) un cambio de umbral temporal (TTS) donde el tinnitus fue generado con un ruido que producía una pérdida auditiva temporal. Los análisis derivaron en la identificación de varios genes relacionados con neurotransmisores que habían aumentado o disminuido sus niveles de concentración siguiendo el inicio del tinnitus.

Como el tinnitus puede originarse incluso en ausencia de pérdida auditiva permanente profunda, nuestro objetivo era definir genes que cambiaban en la misma dirección –en aumento o en disminución– en ambos modelos. De los diferentes genes relacionados con neurotransmisores candidatos, uno de los cambios más dramáticos se encontró en la expresión del hidroxilasa tirosina (TH), que es el enzima restrictivo en la producción de dopamina. Para verificar más adelante estos resultados, examinamos la presencia del TH en varias regiones del cerebro relacionadas con la audición. Aunque la presencia del TH en una neurona es un factor delimitante para determinar si se producirá dopamina, el TH es sólo el primer enzima en el camino biosintético de catecolaminas. En este camino, el TH en primer lugar puede producir dopamina seguida por otros enzimas que producirán catecolaminas (neurotransmisores en el cerebro que modulan los efectos de otros neurotransmisores y pueden afectar a la atención y a la emoción). Por eso, la presencia del TH en ausencia de otros enzimas en el trayecto catecol-aminérgico sugiere que una neurona dada produzca dopamina. Utilizando esta aproximación, pudimos identificar neuronas en varias regiones cerebrales relacionadas con la audición, que fueron positivas para el TH y negativas para los otros enzimas en el trayecto de las catecolaminas. En una región del cerebro, el colículo inferior (IC) –una región responsable en la integración de todas las señales auditivas que vienen de otras regiones cerebrales auditivas– hemos demostrado cambios en la densidad de neuronas positivas del TH, derivando a una pérdida auditiva.

La dopamina disminuye después de una exposición al ruido

El TH marcado en el IC (colículo inferior) se encontró tanto en la parte de la neurona responsable de la producción de neurotransmisores (somata) como en la parte responsable de liberar neurotransmisores (terminales axón). Recientemente, la utilización de una técnica más sensible, cromatografía líquida de amplio espectro (HPLC), nos ha permitido determinar directamente los niveles de dopamina en cinco regiones cerebrales, que son cruciales para oír con los más altos niveles de dopamina encontrados en el IC, lemnisco lateral y complejo olivar superior. Siguiendo los dos tipos de exposición al ruido, los niveles de dopamina disminuyeron dramáticamente en cada una de estas regiones cerebrales con cambios muy significativos observados en el IC. Estos datos sugieren que la dopamina cumple un papel en el tinnitus provocado por el ruido.

Aunque pudimos determinar concentraciones de dopamina utilizando HPLC, esta es una técnica que no nos permite diferenciar si la dopamina medida estaba contenida en la parte de la neurona que produce la dopamina (somata) o en la parte de la neurona que libera la dopamina (axón terminal).

Conclusión

Entendiendo estas conexiones, podremos identificar y manipular circuitos fundamentales que están implicados en el tinnitus producido por el ruido. La modulación de los circuitos dopaminérgicos puede llevar al descubrimiento de los mecanismos relacionados con el cerebro, que están implicados en la susceptibilidad y mantenimiento del tinnitus. Nuestros resultados nos dejan con muchas preguntas para ser contestadas en futuros estudios que incluyen: ¿La modulación de los niveles de dopamina en el IC puede cambiar la susceptibilidad del tinnitus originado por el ruido? Utilizando una aproximación sistemática para identificar y manipular la dopamina en los circuitos que conducen el tinnitus originado por el ruido, podemos empezar a desvelar los mecanismos asociados con la percepción del tinnitus.

Preguntas y respuestas

*Por la Doctora Harriet Jacobster, Profesional de la Salud.
De la revista Tinnitus Today, vol. 38, nº 2, verano 2013. Traducción: Mercedes Delclós.*

Pregunta. *He leído que la investigación reciente ha demostrado que el tinnitus proviene del cerebro y no del oído. ¿Es verdad en todos los casos?*

Respuesta. Es verdad que, en muchos casos, el tinnitus se origina desde el cerebro – es la manera en que el cerebro “llena” los sonidos que faltan en un sistema auditivo dañado-. ¿Pero es verdad en todos los casos? Examinemos las clases de tinnitus primero. El tinnitus subjetivo –en el que el sonido sólo es percibido por el individuo-, normalmente se origina por un trastorno en el sistema auditivo; el cerebro reacciona a la ausencia de entrada de sonido y crea el tinnitus. En el caso del tinnitus objetivo -el tinnitus oído por otros-, se origina por otro medio físico, como por ejemplo el impulso de las venas sanguíneas, o la contracción muscular. Aquí el sonido se oye desde el oído y es enviado al cerebro donde se percibe como un tinnitus molesto. Por eso, como todo sonido se percibe por el cerebro en última instancia, y el cerebro reacciona tanto a la ausencia de sonido como a la presencia de un sonido no deseado, entonces considero que uno puede decir que sí, que el sonido viene del cerebro en muchos casos.

Pregunta. *He leído sobre medicamentos ototóxicos y cómo pueden originar o empeorar el tinnitus existente. Padezco de ansiedad y tomo medicación para ello. Ahora tengo miedo de tomarla porque me temo que está empeorando mi tinnitus. ¿Qué debería hacer?*

Respuesta. Este es un tema recurrente en mucha gente. Hay muchos medicamentos que son ototóxicos por dañar el sistema auditivo y/o el sistema del equilibrio. Muchos profesionales de la medicina no tienen conciencia de este efecto secundario cuando eligen un determinado medicamento. ¿Qué hacer?. Primero, elaborar una lista de todos los medicamentos, incluyendo los suplementos que no tienen receta, y llevarselos al doctor. Comentar temas de interés al respecto y hacer las siguientes preguntas: 1) ¿Hay otro medicamento tan efectivo que no sea ototóxico o lo sea menos?. 2) ¿Se puede ajustar la dosificación para disminuir los efectos secundarios potenciales?, y 3) ¿Se puede cambiar la planificación de la dosis para disminuir los efectos secundarios potenciales? Recordar lo siguiente: sólo porque “puede” empeorar el tinnitus, no quiere decir que lo haga. La ansiedad también puede contribuir al tinnitus. Por eso, disminuyendo la ansiedad, la medicación puede realmente ayudar al tinnitus. También es importante evitar el ruido y utilizar protección auditiva cuando el ruido es un añadido a los efectos de la medicación. Y un consejo sobre precaución: no dejar de tomar ni cambiar ninguna medicación sin hablarlo primero con su doctor. ¡Buena suerte!

Pregunta. *Para mí, lo peor de tener el tinnitus es el hecho de que ya no me puedo concentrar o poner atención en simples actividades, como leer el periódico. ¿Qué puedo hacer para recuperar mi concentración?*

Respuesta. Esto es un gran problema para mucha gente. El tinnitus puede interferir con la concentración porque distrae. Un método que funciona es tener sonido de fondo. El sonido debería ser monótono, sin distraernos. Y suave, para que modere el nivel de sonido constante. No tiene por qué enmascarar el tinnitus. Encuentre un sonido, tanto si es música como el burbujeo de una pecera o el sonido de una cascada, que hará que el tinnitus parezca discreto. Ello le permitirá concentrarse en actividades más agradables.

Pregunta. *He oído sobre investigación con células madre para ayudar a la gente con pérdida auditiva. ¿Esto puede ayudarnos también a los que padecemos tinnitus?*

Respuesta. Este es un tema muy interesante. La investigación con las células madre se está expandiendo constantemente y facilitando tratamientos en muchas áreas. Se sabe que la pérdida auditiva y su repercusión en el cerebro es una importante causa del tinnitus. Si se demuestra que las células madres pueden ayudar a restaurar la audición, también pueden ayudar a reducir o eliminar el tinnitus originado por pérdida auditiva, al restaurar el sonido hacia el oído y hacia el cerebro. Como el tinnitus es un síntoma y no una enfermedad, tratando la causa que lo origina –tanto con células madre como con otros métodos-, también podría ser tratado.

La doctora Jacobster tiene una consulta privada en Monroe, Nueva York. Realiza evaluaciones y tratamientos auditivos y de tinnitus y también ayuda auditiva para niños y adultos. Entre sus muchas afiliaciones profesionales, ha estado en diferentes facultades, ha sido conferenciante invitada y autora de diversos artículos. Miembro del consejo de diversas organizaciones relacionadas con el oído y con la pérdida auditiva. También es la directora del Monroe Tinnitus Support Grup, el cual se reúne el tercer sábado de cada mes. Para más información, contactar por e-mail con: katie@ata.org.

¿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 TeléfonoCIF

Correo electrónico

Cuenta bancaria para domiciliación de las cuotas (20 dígitos):

.....

..... a de de

Firma:

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