

Apat 30



• • # \$ • • • • γ # œ • • × = • • • • % • • • • • • • • Z Z z z • • • • # \$ • • • • (•) ' = •

Y seguimos insistiendo en la hipnosis!!!

Editorial

En varias ocasiones hemos descrito la hipnosis como un medio eficaz para llegar a la habituación a los acúfenos. En un texto preparado por el psicólogo Dr. Josep Ribas Fernández y publicado por nuestra Asociación, que en su momento se envió a todos los socios, se describe con todo detalle la aplicación de la hipnosis y como utilizarla para facilitar la habituación a los acúfenos, de forma que su percepción sea lo menos aversiva posible.

Es posible que muchas personas, al oír la palabra hipnosis, la asocien con determinados espectáculos, sobre todo circenses, en los que un hipnotizador consigue de un hipnotizado que realice todo lo que le pueda ordenar. El espectáculo de hipnotismo, y la hipnosis utilizada en distintas terapias, entre ellas la de habituación a los acúfenos, son dos cosas totalmente distintas que nada tienen que ver.

El tratamiento de habituación del cual la hipnosis forma parte presenta muchas ventajas, y prácticamente ningún inconveniente. No es invasivo en absoluto, ya que el paciente, como mucho, tendrá que hacer determinados ejercicios físicos para relajarse, para lo que no es preciso ser un atleta. Es compatible con cualquier otro tratamiento, sea farmacológico o sea de otra índole,

que pueda ser prescrito por un facultativo. Si se siguen las instrucciones de la publicación referida no tiene coste alguno. Parece por tanto que todo son ventajas y que no tiene inconvenientes, salvo la obligación del paciente de dedicarle el tiempo preciso para ponerlo en práctica todos los días.

Debemos explicar que la propuesta de utilizar la hipnosis no es exclusiva de nuestra Asociación. Textos publicados en EEUU, Francia, Alemania, etc. recomiendan el empleo de la hipnosis a los afectados por acúfenos para aprender a soportarlos.

La Asociación France Acouphènes, cuando celebra su Asamblea Anual de Socios, suele acompañarla de una conferencia en la que trata de presentar las novedades en la investigación del diagnóstico y del tratamiento de los acúfenos. En la Asamblea celebrada el pasado mes de abril, la conferencia se dedicó a la hipnosis aplicada a la habituación a los acúfenos. El Dr. Patrick Ciavaldini, médico hipnoterapeuta que ejerce en Rennes, pronunció una conferencia titulada: **La hipnosis: una terapia positiva para el acúfeno**. Es muy interesante lo que explicó el Dr. Ciavaldini, y hemos creído que conocer su contenido nos puede ser de gran utilidad, y por ello la hemos traducido y la publicamos a continuación.

El libro titulado *Milagro para el acúfeno*

Hemos tenido varias consultas de afectados por acúfenos en las que nos preguntaban si valía la pena adquirir este libro que se podía descargar en internet previo pago de 38 US dólares. Se trata de un libro, según lo que nos han explicado, escrito por un norteamericano que había tenido acúfenos, y gracias al tratamiento que describe en el libro se había librado de ellos.

Nosotros no tenemos el libro, o sea que no lo hemos leído, por lo que recomendar o no su adquisición, se nos hacía cuesta arriba.

Merry de Bilbao nos ha explicado ahora que el libro se puede descargar gratis, lo que hemos querido comunicar a los socios que puedan interesarse en el libro. Basta acceder a Google con el término: *milagro para el acufeno descargar gratis*, y aparecen las coordenadas de la web que permite descargarlo.

Hemos de explicar que nosotros no lo hemos descargado aún, por lo que no sabemos en qué consiste el tratamiento ni cuales son sus posibilidades.

La hipnosis: una terapia positiva para el acúfeno

En ocasión de la asamblea general del 14 de abril pasado, el Dr. Patrick Ciavaldini, impartió una conferencia sobre la hipnosis. A lo largo de una conversación, le pedimos que nos explicara en que forma el recurso a esta terapia puede ser beneficioso para las personas acufénicas. Nos explicó el tratamiento, precisando de entrada que su objetivo es enseñar

al paciente a realizar la autohipnosis, guiándola en un trabajo personal que dura algunos meses. La finalidad es aumentar la tolerancia al acúfeno hasta el punto de que no afecte la calidad de vida del paciente.

Ange Bidan, France Acouphènes

Definición de hipnosis

Una definición matemática es idéntica sea quien sea el que la define, en la hipnosis, por el contrario, la definición es difícil de precisar y suele variar de un autor a otro. Podemos definir la hipnosis como un estado de conciencia modificado. El término conciencia modificada es apropiado en la medida que no se trata de un estado ordinario de conciencia sino un estado modificado en el sentido de superconciencia mental. Es exactamente lo contrario de lo que cree la gente: la hipnosis es un estado «super-despierto» y no un estado de semisomnolencia.

hipnosis, no se ha producido otro cambio que el de funcionamiento que ha experimentado el cerebro.

Es el cerebro el que "fabrica" el acúfeno; y es el cerebro el que va a cesar de fabricarlo.

¿Cuáles son las características particulares de la hipnosis?

En este estado de conciencia ampliada, cada uno de nosotros presenta capacidades muy potentes para modificar el funcionamiento del cuerpo y del cerebro. Esta capacidad es la utilizada por el terapeuta y la persona en la hipnosis.

El papel del terapeuta

El terapeuta tiene la misión de enseñar al paciente a acceder al estado hipnótico guiándole en un trabajo de autohipnosis que posteriormente deberá realizar por sí solo. Para ello precisa la colaboración del paciente. Es la repetición cotidiana de autohipnosis, por ejemplo a lo largo de 15 minutos, que reforzará el impacto sobre el cerebro y por consiguiente modificará su funcionamiento.

Aunque no conozcamos como todo ello tiene lugar, ni sepamos que ocurre en el cerebro en el curso de la hipnosis, conocemos el impacto y el resultado que podemos obtener. La hipnosis no es otra cosa que un sistema que afecta al funcionamiento del cerebro. En otras palabras, en general desconocemos como funciona el cerebro, así como tampoco sabemos como funciona en estado de hipnosis, es decir, al igual que desconocemos como funciona en situación normal, desconocemos como lo hace en estado de hipnosis. La hipnosis no tiene nada que ver con el esoterismo, ya que es sobre todo racional dado que se puede reproducir.

Esto se ha demostrado en la meditación budista, ya que no hay grandes diferencias entre esta meditación y un estado de hipnosis. En el electroencefalograma de los monjes budistas que practican la meditación de 5 a 6 horas diarias, se observan diferencias con el de las personas que practican la meditación cotidiana de pequeña duración.

Con las técnicas de imagen es posible observar las zonas que trabajan sin saber exactamente que es lo que pasa. El hecho objetivo es que la hipnosis modifica las formas de funcionamiento del cerebro. También es posible verificar que una forma de funcionamiento observada en el instante T1, se ha modificado en el momento posterior T2 después de utilizar la hipnosis. Cuando al cabo de 6 ó más meses el acúfeno ya es tolerable o casi no es percibido gracias a la

¿Cuáles son los signos de un estado hipnótico?

El estado hipnótico se comprueba a continuación de una sesión-test que consiste en observar la forma en la que la persona entra en hipnosis. Se la invita a realizar una levitación de la mano, imaginando que esta mano está levantada por unos globos hinchados por helio, por ejemplo. Esta levitación tiene dos objetivos, en primer lugar permitir que la persona sienta que ocurre alguna cosa en su cuerpo que ella no podía sospechar que fuera posible, y ello solamente mediante el pensamiento, sin movimiento voluntario de su parte; y en segundo lugar esta levitación servirá a la persona por verificar o validar su estado de hipnosis.

Los signos de este estado se observan en lo siguiente: la mano se levanta sola sin apoyo material; aparecen determinados movimientos oculares que demuestran



una acción importante del cerebro; y en ocasiones aparecen movimientos o sobresaltos musculares,

En estado de hipnosis la persona se encuentra en estado de plena conciencia, y centrado en su vida interior y oyendo el ruido exterior al mismo tiempo. Puede decirse que oye el vuelo de una mosca y a la vez el ruido de la calle.

En realidad, la hipnosis es más un estado de autohipnosis, ya que, contrariamente a sus temores, el paciente no está bajo el dominio del terapeuta. El paciente mantiene sus propias capacidades en todos los casos. Es un estado inestable, lábil, del que es más fácil salir que entrar.

¿Qué razones aconsejan acudir a la hipnosis?

Una de las razones de recurrir a la hipnosis es la de recoger sus efectos benéficos, dado que se trata de un medio a la vez disponible e inagotable.

Desde el punto de vista ético, es saludable que los pacientes abandonen un pensamiento instalado largo tiempo consistente en creer que ellos no pueden hacer nada por sí solos sin recurrir a los médicos que pueden curarles. Es decir, una movilización de la capacidad de autocuración puede dar buenos resultados, más que una prescripción farmacológica. Incluso cuando el fármaco prescrito es eficaz, casi siempre tiene efectos

secundarios adversos o tóxicos, circunstancia que no es de esperar en la hipnosis, realizada en ausencia de toda molécula química. Es oportuno, por tanto, extender la creencia que su propia capacidad puede curarle y de forma que no habrá efecto secundario alguno.

En el caso de los acúfenos, hasta hoy, ningún medicamento ha dado resultados definitivos, salvo su efecto placebo. El recurso a la hipnosis ha demostrado su efectividad en numerosas ocasiones. En efecto, el paciente al recurrir a la hipnosis poco a poco se convence de que tiene capacidades, ya que lo ha constatado cuando sus manos se levantan imaginando que los globos llenos de helio existen, lo que es un choque psicológico positivo de primer orden que obliga al paciente a tener esperanzas.

Este es el fundamento esencial de la hipnosis: despertar en el paciente sus capacidades reales y muy potentes para realizar su autocuración.

Hoy en día, la hipnosis se utiliza en intervenciones quirúrgicas en otorrinolaringología por ejemplo, o en intervenciones de cirugía plástica que pueden durar hasta 5 horas, con lo cual estas intervenciones se simplifican e incluso la cicatrización resulta mejorada. También se utiliza en cuidados a quemados, en niños con tratamientos pesados y en exámenes endoscópicos como la colonoscopia.

¿Puede el recurso a la hipnosis disminuir la significación negativa inducida por el acúfeno?

En todos los casos, este es el problema a resolver: disminuir o incluso eliminar la significación negativa del acúfeno, cualquiera que haya sido su origen. Salvo en el caso de lesiones evidentes del aparato auditivo (traumatismo sonoro, infección, etc.), el acúfeno es una manifestación psicósomática, como pueden ser los dolores de cabeza, la psoriasis, el eczema o una colopatía funcional.

Para el cerebro es una manera de manifestar un trastorno creando un sonido virtual.

Para el paciente el ruido percibido es real e invasivo.

Al principio, el trabajo consiste en poner de manifiesto de circunstancias que marcan la historia de la persona para, en la medida de lo posible, descubrir la raíz de esta manifestación psicósomática. Este trabajo se realiza tanto en forma consciente como inconsciente. Este primer trabajo no es suficiente para suprimir el bucle que mantiene el acúfeno, aun en el caso de haber identificado su raíz, siendo necesario trabajar sobre el acúfeno para evitar que recupere su importancia. A continuación el trabajo consiste en ayudarse de historias, metáforas y repeticiones para romper el bucle que sigue manteniendo al acúfeno. Es un trabajo personal en función de la persona, de su historia, de sus vivencias, de sus gustos y pasiones y de su medio cultural.

El terapeuta es a la vez mediador y profesor. Mediador en la medida en la que devuelve a la persona lo que ésta le ha dicho de forma que pueda modificar la modos de funcionamiento de su cerebro. Profesor en la medida en la que enseña al paciente a entrar en autohipnosis, y después le guía en una acción en la que el paciente deberá interpretar cosas que él mismo habrá contado al terapeuta.

¿Cuáles son las herramientas necesarias para el terapeuta?

El terapeuta dispone de 2 herramientas. Una de ellas es el conocimiento del paciente, recorriendo su historia a grandes pasos. En segundo lugar la confianza es el elemento indispensable, ya que sin confianza no hay hipnosis. La confianza no se establece por decreto. El trabajo del terapeuta debe crear un lazo de conexión con el paciente, aunque este elemento es necesario en todo tipo de terapias, ya que si no hay confianza ningún trabajo serio puede tener lugar. La experiencia del terapeuta en la terapia puede ser una herramienta importante.

¿Explica la persona acufénica su situación?

El paciente sabe cuanto tiempo lleva sufriendo los acúfenos, lo que ha sufrido y sufre y lo que ya ha hecho para luchar contra los acúfenos. Conoce por medios diversos los resultados de la terapia, y llega a la misma lleno de esperanza con palabras como: «Usted es mi última esperanza»; y la respuesta es la siguiente: «No es el terapeuta que le va a curar, sino es usted mismo el que solucionará el problema; yo como terapeuta voy a ayudarle y a acompañarle». Si no se establece un lazo de conexión con el terapeuta, es posible que pueda establecerse con otro terapeuta.

En la práctica ¿cuál es la técnica utilizada y cuáles son los medios empleados?

Cada terapeuta adapta las técnicas que conoce de conformidad con su personalidad, ya que la aplicación de estas técnicas sigue un protocolo muy personal. La intuición, la receptividad del terapeuta y la interactividad entre el terapeuta y el paciente son factores primordiales; la elección de la forma de aplicar la técnica depende de diversas circunstancias.

En general, las personas son capaces de exponer sus necesidades, pero habitualmente se minusvaloran y no imaginan que son capaces de resolver sus dificultades.

El tratamiento se desarrolla en varias fases. En la primera entrevista el paciente expone su dolencia, y el terapeuta le informa que va a ser el mismo quien se curará con su ayuda. Inmediatamente se organiza una sesión-test para observar como el paciente entra en hipnosis. El paciente responde a un cuestionario que tiene como objetivo establecer una historia de su vida a grandes rasgos, insistiendo especialmente en detalles que han afectado a sus sentimientos, ya que son detalles que serán utilizados en la terapia. El paciente deberá entender que su trabajo personal requerirá un tiempo, es decir el éxito no será inmediato. «Puedo enseñarle a resolver su problema, pero no es posible resolverlo en un mes»

¿Entran fácilmente en hipnosis los pacientes?

En un estudio realizado en EEUU se estima que entre el 85 y el 90 % de las personas entran fácilmente en hipnosis. En la práctica de la consulta cerca del 100 % de las personas entran en hipnosis, ya que no tiene actitud negativa alguna hacia la terapia y han acudido a la consulta en demanda de ayuda. Cuando hay una dificultad, una segunda sesión-test puede, eventualmente, proponerse; aunque en este caso lo más habitual es invitar al paciente a dirigirse a otro terapeuta.

¿Cuáles son los criterios de la efectividad de la hipnosis?

El primer criterio es la desaparición del síntoma acúfeno. Se trata, obviamente, de una percepción subjetiva del paciente, el cual puede decir: «Estoy mejor o estoy igual sin mejora alguna». Antes de que los acúfenos se suavicen, el paciente, frecuentemente, pasa por un etapa transitoria reflejada en estas palabras: «Me encuentro mejor, pero todavía oigo mis acúfenos». Después de esta etapa sigue otra a lo largo de la cual se nota una mejora general que permite tolerar mejor los acúfenos y no encontrarse alterado por su percepción; lo que es un buen resultado.

El terapeuta debe insistir en la auto-valoración del paciente

Para la persona es importante darse cuenta de que ella puede, por su concentración mental y por la repetición de la práctica de la autohipnosis, mejorar su situación después de unos meses de tratamiento, ya que se siente mejor, y ha recuperado su confianza en sí misma y su autoestima. El terapeuta debe destacarle que ha observado esta nueva circunstancia, lo que refuerza la nueva situación del paciente.

¿Existen pacientes resistentes a los efectos de la hipnosis?

Si, los hay; por razones personales, y en particular por creencias religiosas, algunos pacientes no desean someterse al tratamiento de hipnosis. En estos casos no hay que empeñarse en obligarles como si el terapeuta dispusiera de un poder. Insistir en estos casos es garantía de fracaso a corto o a medio plazo, además de no respetar la independencia de la persona.

Valencia: reunión del grupo de ayuda mutua

El pasado día 10 de noviembre tuvo lugar la primera reunión del grupo de ayuda mutua celebrada en Valencia. Se organizó gracias al entusiasmo de nuestros socios Dora, vinculada por motivos profesionales al Museo de Historia de Valencia, que consiguió que el Museo facilitara una sala de reunión que permitió recibir a los asistentes, alrededor de 40. La reunión se había comunicado a todos los socios residentes en la Comunidad Valenciana y se había anunciado en nuestra web, en Facebook y en el foro.

La Regiduría de Cultura del Ayuntamiento de Valencia, responsable del Museo, autorizó la celebración de la reunión en respuesta a un simple fax-solicitud.

En el Museo todo fueron facilidades y ayuda, el Director y todo el personal nos ayudaron a convocar y a organizar la reunión. Cabe destacar la colaboración recibida del Departamento de Comunicación del Museo que dio cuenta de la reunión a los medios informativos, preparó un póster, e incluso consiguió que los autobuses municipales anunciaran la reunión.

Con estos antecedentes la reunión tenía que ser un éxito, y así fue. La reunión fue presidida por D. Joan Serra, presidente de APAT, y conducida por D. Josep Ribas, Psicólogo que explicó a los asistentes los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos de los acúfenos, que permiten que los afectados puedan convivir con los



acúfenos de forma que afecten lo menos posible a su calidad de vida. En la reunión estuvo presente D.^a Isabel María Ruiz, Psicóloga con residencia en Valencia, que se hará cargo de dirigir las futuras reuniones, la primera de las cuales se ha organizado para el día 19 de enero próximo a las 16,00 horas, y que se comunicará a todos los socios residentes en la Comunidad Valenciana.

Como hemos explicado reiteradamente las reuniones del grupo de ayuda mutua, debidamente conducidas por un experto conocedor de nuestra problemática, se han revelado muy útiles para deshacer informaciones erróneas sobre los acúfenos, aprender estrategias para

convivir con ellos, y cambiar impresiones con otras personas que tienen el mismo problema.

Estas reuniones de afectados por acúfenos son habituales en países de nuestro entorno, y en Barcelona venimos celebrando una reunión mensual ininterrumpidamente desde hace cerca de 10 años. Mucho nos satisface anunciar que en Valencia nuestros socios, y otras personas afectadas por acúfenos, han decidido organizarse y celebrar este tipo de reuniones.

En las imágenes aparece la señora Ruiz y los señores Serra y Ribas, y una vista general de la sala.

La clínica multidisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de los acúfenos de la universidad de Regensbrug (Alemania)

Esta rinformación ha sido publicada por France Acouphènes en junio de 2012. Sus autores: Dres. Berthold Langguth, Verónica Vielsmeier y Peter Kreuzer, que pertenecen a la Clínica de la Universidad de Regensburg, explican como enfocan el tratamiento de los acúfenos mediante un equipo multidisciplinar. He-

mos creído interesante traducirla y publicarla, ya que muestra claramente como se enfoca el diagnóstico y el tratamiento de los acúfenos en otros países. La publicamos con la esperanza de que llegue a nuestras autoridades sanitarias y vayan tomando ejemplo.

La mayoría de las personas experimentan una percepción ocasional y transitoria de sonidos en los oídos o en la cabeza en ausencia de toda fuente externa de sonido (Eggermont, Roberts 2004). En general, esta percepción es reversible y desaparece en un tiempo que oscila desde unos pocos segundos a unos pocos días. No obstante lo anterior, entre el 5 y el 15 % de la población adulta percibe estos sonidos fantasmales permanentemente. (Axelsson, Ringdahl 1989; Hoffman, Reed, 2004). Aproximadamente el 1% de la población declara soportar una discapacidad grave en la vida cotidiana (Harter, Maurischat y cols., 2004) y busca ayuda médica (Cols, 1984)

El tratamiento de los pacientes con acúfenos crónicos es un reto complejo. Los acúfenos pueden tener numerosas causas como la pérdida auditiva, los desórdenes témporo-mandibulares, traumatismos cervicales o craneales, y también un choque emocional. También las manifestaciones del acúfeno puede variar. El sonido puede tomar numerosas formas y los acúfenos en muchas ocasiones están acompañados de hiperacusia, fofobia, trastornos en la percepción auditiva, ansiedad, depresión o insomnio. Por ello, el acúfeno significa un síntoma que se sitúa en una encrucijada entre un elevado número de especialidades médicas distintas, y su diagnóstico y tratamiento precisan una atención multi-

disciplinar. Con objeto de responder a esta exigencia, se ha fundó el Centro Interdisciplinario del Acúfeno de la Universidad de Regensburg (Sur de Alemania) como centro multidisciplinar para la evaluación diagnóstica completa, el tratamiento y la investigación clínica.

¿Quién viene a la Clínica del Acúfeno y cómo viene?

Informaciones relativas a las consultas

Todos los pacientes que sufren de acúfenos crónicos (duración mínima de 3 meses) pueden solicitar consulta en nuestra clínica. No existe ninguna condición específica concerniente a distintas modalidades diagnósticas o terapéuticas que hayan tenido lugar anteriormente para la admisión de los pacientes, aunque éstos son invitados a aportar todos los documentos médicos en su poder, y en particular los audiogramas anteriores, los informes médicos relativos a traumatismos y los resultados de tomografía y resonancia magnética que pudieran tener.

Fuentes de información y evaluación previas a la consulta

Algunos de nuestros pacientes tienen información de la Clínica Multidisciplinar de Diagnóstico y Tratamiento de los Acúfenos por los medios informativos,

por parientes o por amigos, y otros son derivados directamente por sus médicos de cabecera o por otorrinos. Previamente a la consulta los pacientes reciben un conjunto de cuestionarios estandarizados concernientes a sus acúfenos, su calidad de vida y sus eventuales comorbilidades (otros trastornos o enfermedades actuales). Se les solicita que rellenen estos cuestionarios cuidadosamente y se presenten con ellos en la Clínica. Los cuestionarios son examinados a lo largo de la primera visita para tener una idea general sobre los trastornos del paciente.

¿Cómo está organizado el Centro Multidisciplinar del Acúfeno?

El Centro se fundó en base a una colaboración estrecha entre los servicios de otorrinolaringología (incluyendo la audiología) y los servicios de psiquiatría y de psicoterapia. Además, se han implicado los servicios de medicina dental y de fisioterapia. En algunos casos específicos está prevista la intervención de especialistas en radiología y en neurología, para una evaluación diagnóstica profunda. Cada martes seis nuevos pacientes son examinados por los especialistas de diferentes disciplinas y su correspondiente diagnóstico se discute por la tarde en el curso de una reunión para estudio de los casos. Las visitas de tratamiento y las de seguimiento tienen lugar en las clínicas específicas especializadas.

La responsabilidad y la gestión económica de cada diagnóstico y de su tratamiento corresponden a la especialidad implicada. Esta forma de organización se inspira en la de las clínicas del dolor, y ha permitido crear el Centro fácilmente, en el contexto de las consultas externas existentes en cada una de las disciplinas concernidas. El verdadero valor de esta estructura organizativa reside en el diagnóstico multidisciplinar estandarizado por un equipo que colabora estrechamente.

Diagnóstico

En el Centro la evaluación diagnóstica se sigue un protocolo estandarizado y por etapas, que se basa en un árbol de toma de decisiones puesto a punto por el TRI Tinnitus Research Initiative, que se puede consultar en la web de la Fundación TRI sin coste alguno; http://www.tinnitusresearch.org/en/projects/flowchart_en.php

Historia clínica específica detallada o anamnesis

Comprende las informaciones relativas a la duración y localización de los acúfenos, y sobre eventos potencialmente determinantes y factores desencadenantes de

la percepción de los acúfenos. Además, se incluye la existencia de trastornos somatosensoriales o de síntomas asociados (vértigos o sensación de pérdida de equilibrio) que pueden influir en las características de los acúfenos. La posibilidad de traumatismos o de patologías de la articulación temporomandibular y de la columna cervical puede ser excluidas de una manera fiable a partir de un cuestionario anamnésico detallado. Una atención especial se tiene con los factores psicológicos como la angustia psicosocial que puede afectar a los acúfenos, y también a las comorbilidades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad y los desórdenes delirantes.

Los cuestionarios descritos anteriormente constituyen una información importante para la anamnesis, ya que explican las características de los acúfenos y pueden utilizarse para evaluar los trastornos del paciente. En base a estas informaciones, las zonas de interés son estudiadas de forma más intensa y profunda a lo largo de la exploración. Un aspecto importante de la historia clínica de cada caso es averiguar lo que, a causa de su acúfeno, es lo más aversivo para el paciente. Las respuestas presentan muchas variantes, y son problemas de comunicación o de concentración, trastornos de insomnio, temor de que el acúfeno se agrave o lamento de haber perdido el silencio. Estas informaciones sobre el síntoma acufónico relativas a los problemas más destacados por el paciente constituyen una orientación importante para el tratamiento personalizado.

Después de la historia clínica detallada de su caso, el paciente se somete a un examen otorrino completo incluyendo una otoscopia. Su objetivo es evaluar las patologías de los oídos externo y medio. Se continúa con una evaluación audiológica meticulosa. La pérdida auditiva individual se evalúa en las frecuencias que van de 125 hertz a 16 khertz. Los pacientes son sometidos a una audiometría tonal y vocal. Para la evaluación detallada de los características del acúfeno, se realiza una prueba audiológica para establecer su carácter y su frecuencia y se determinan los niveles de enmascaramiento mediante un ruido blanco (ruido que contiene una extensa gama de frecuencias) con el objetivo de graduar la intensidad sonora. En el caso de existencia de vértigo, también se realiza un examen neuro-otológico que incluye una electronistagmografía, con el fin de excluir cualquier vestibulopatía. Según los resultados de la anamnesis y del primer examen del otorrino, el paciente es derivado a otras especialistas. En el caso de sospecha de trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) el paciente es visto por un especialista, y en el caso de sospecha de anomalías vasculares o para excluir la posibilidad de tenmores del nervio auditivo, se llevan a cabo pruebas neuroradiológicas más precisas como tomografía informatizada del hueso

temporal, tomografía cerebral por resonancia magnética, ecografía duplex o una angiografía. Si el paciente se queja de tensiones musculares anormales o de dolores cervicales, se realiza un examen por un fisioterapeuta. Finalmente, la mayor parte de los pacientes son derivados al servicio de psiquiatría para una evaluación neurológica, psicológica y psiquiátrica.

Las opciones terapéuticas

Las opciones tratamiento son varias y dependen de las causas de los acúfenos y de los propios pacientes. En general, es importante distinguir entre opciones que tratan de eliminar la causa de los acúfenos de las que tratan de habituar al paciente a los acúfenos de forma que afecten lo menos posible a su calidad de vida.

Estamos convencidos que antes de empezar el tratamiento sintomático, hay que descartar la posibilidad de que exista una patología específica que de lugar a los acúfenos. Esto es particularmente importante en el caso de los acúfenos pulsátiles, aunque las patologías específicas existentes no puedan ser detectadas en todos los casos. En estos casos, las opciones terapéuticas que tratan de eliminar la causa pueden ser, por ejemplo, eliminar un tumor glómico o aliviar las contracciones espasmódicas de los músculos del oído medio. Además, la eliminación o la mejora de la pérdida auditiva (que se asocia a menudo a los acúfenos) puede ser considerada una estrategia de tratamiento causal de los acúfenos crónicos. Puede consistir en la prescripción de aparatos auditivos o en intervenciones quirúrgicas como en el caso de la otospongiosis. (enfermedad del oído medio consistente en una inmovilización o una anquilosamiento de uno de los huesos de la cadena de huesecillos, origen de una mala transmisión de las vibraciones sonoras).

En muchos casos, el tratamiento causal no se realiza siendo el objetivo principal conseguir una mejora de los trastornos causados por los acúfenos. Con frecuencia, una reducción significativa de las molestias se puede alcanzar mediante una explicación completa sobre los acúfenos, incluyendo su etiología y su pronóstico. Esta forma de transmisión al paciente de informaciones específicas permite reducir las quejas y los miedos, y se denomina «consejo». La empatía y el tiempo consagrado se consideran esenciales para establecer una relación terapéutica exitosa con el paciente, condición básica para aportar perspectivas y esperanzas a los pacientes, que en ocasiones han perdido todas sus esperanzas.

En los casos en los que los acúfenos no provocan una reducción significativa de la calidad de vida cotidiana y cuando se ha podido excluir una patología causal (por ejemplo neurinoma del acústico), no es necesario nin-

guna otra acción terapéutica. En otros casos, las estrategias de tratamiento tendentes a aprender a tolerar mejor los acúfenos consisten en «consejo», en terapia sonora (por ejemplo, generadores de ruido blanco o ayudas auditivas) o en terapia cognitivo-comportamental. Si los pacientes presentan comorbilidades psiquiátricas recomendamos un tratamiento específico por psicoterapia o por farmacoterapia o por una combinación de las dos. El insomnio asociado frecuentemente a los acúfenos puede ser tratado por antidepresores sedativos.

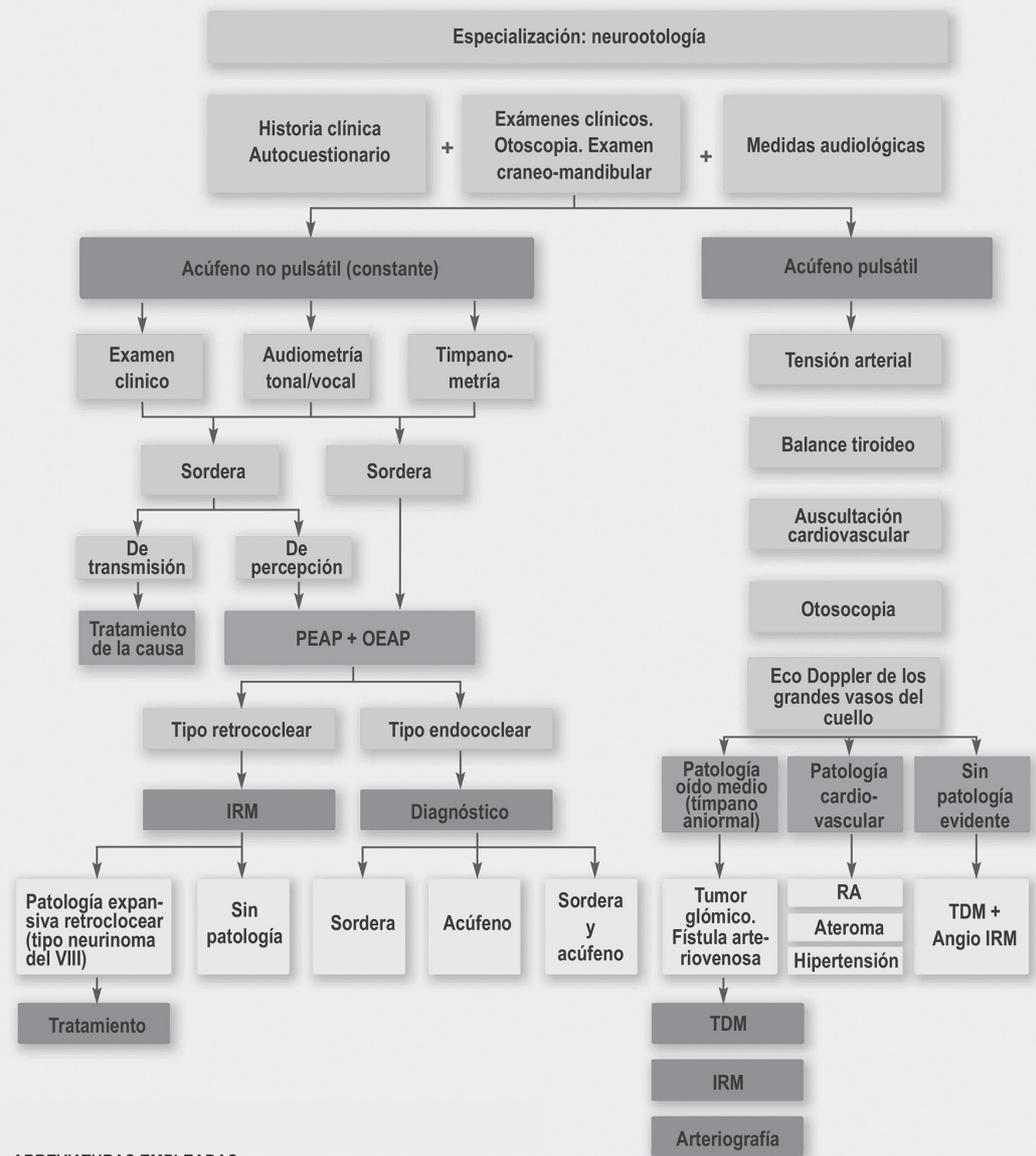
En muchas ocasiones los pacientes solicitan informaciones sobre diferentes tipos de tratamiento no convencionales, y es preciso facilitar una información seria y rigurosa sobre su eficacia y sobre sus riesgos, lo cual suele ser muy apreciado por el paciente.

En los últimos años y gracias a los conocimientos actuales sobre la fisiopatología del acúfeno, se han desarrollado tratamientos innovadores. Se trata de tratamientos que actúan sobre el origen neurológico del acúfeno. Un ejemplo es la estimulación magnética transcraneal (TMS); consiste en crear mediante una bobina un campo magnético importante y focalizado, que penetra fácilmente en el cráneo de forma inodora y no invasiva y consigue la despolarización de las neuronas de las regiones corticales. Aplicando la TMS de forma repetitiva se puede alcanzar una modulación persistente de la actividad neuronal, y una reducción de las molestias de los acúfenos en un subgrupo de pacientes. Otras estrategias de tratamiento desarrolladas recientemente, como la estimulación cerebral o distintas formas específicas de estimulación auditiva se han propuesto para contrarrestar las modificaciones cerebrales relacionadas con los acúfenos. Aunque estas nuevas estrategias se encuentran en los primeros pasos de su desarrollo y no están disponibles para los tratamientos rutinarios en clínica, muestran que un tratamiento orientado contra la causa del acúfeno tiene posibilidades y ofrecen una esperanza justificada de que estas estrategias cada vez más eficaces estarán disponibles en los próximos años.

Importancia del enfoque multidisciplinar

El enfoque multidisciplinar constituye la esencia de nuestro concepto sobre el tratamiento de los acúfenos. Dado que el diagnóstico de los acúfenos no es exclusivo de una única especialidad médica, es altamente necesaria la colaboración entre distintos especialistas. Es la única forma de alcanzar un diagnóstico fiable y su correspondiente tratamiento. Nuestro Centro trata de seguir esta estrategia conceptual. Después de la jornada de consultas, el tratamiento de cada paciente es analizado en una reunión de distintos profesionales, cuya

Árbol de decisiones en el tratamiento de los acúfenos



ABREVIATURAS EMPLEADAS

PEAP (Potenciales auditivos evocados precoces). Técnica de exploración funcional utilizada habitualmente en la clínica para comprobar la vía auditiva, permitiendo registrar con ayuda de electrodos los potenciales evocados del nervio auditivo y del tronco cerebral.

OEAP (Otoemisiones acústicas provocadas). Técnica de exploración del oído interno que permite registrar los sonidos emitidos por el oído interno en respuesta a una estimulación auditiva breve y verificar con ello su funcionamiento.

RA (Artritis reumatoide). Enfermedad de las articulaciones que está acompañada de una inflamación de las membranas que ubren el interior de la cavidad articular y que secreta el líquido articular lubricante de la articulación. En nuestro caso se trata, en particular, de las articulaciones cervicales.

TDM Tomodensitometría. Técnica de scanner utilizada en imagen médica.

Tumor glómico. Tumor benigno que se desarrolla a partir de nervios en contacto con los vasos, en particular en el cuello.

Ateroma. Depósito en forma de placas más o menos extendidas y más o menos espesas de lípidos sobre la superficie interna de las arterias, que puede bloquear las arterias y dificultar el paso del flujo sanguíneo.

Fístula arteriovenosa. Condición patológica congénita o adquirida en la cual una arteria se comunica con una vena cercana.

Angio IRM. Técnica de exploración no invasiva por resonancia magnética que permite detectar y caracterizar la pared vascular y el flujo sanguíneo.

consecuencia es el diseño personalizado y por etapas del tratamiento de cada uno de los pacientes, tratamiento que se basa en los resultados de las pruebas diagnósticas y en la experiencia de los distintos profesionales. Un informe que resume los resultados de las distintas etapas del diagnóstico y su correspondiente propuesta terapéutica se envía a cada paciente y a su médico. Estas reuniones realizan asimismo una función educativa importante, ya que los diferentes especialistas que concurren a las mismas aprenden de los demás.

Investigación clínica

Además del tratamiento clínico multidisciplinar, el Centro constituye una excelente infraestructura para la investigación clínica, lo que tiene un gran interés debido a que el desarrollo de nuevos tratamientos requiere la realización de ensayos clínicos de gran rigor metodológico. Desde este punto de vista el diagnóstico multidisciplinar presenta muchas ventajas, traducidas en más de 60 comunicaciones científicas en los últimos 10 años. Una gran red de colaboradores internacionales facilita tanto el trabajo científico como el clínico. Esta cooperación se realiza principalmente encuadrada en Tinnitus Research Initiative (TRI), una fundación privada que tiene como objetivo conseguir la colaboración de la comunidad científica internacional que se ocupa de los acúfenos (www.tinnitusresearch.org). Un resultado importante ha sido la publicación en 2011 del libro *Textbook of Tinnitus* (<http://www.springer.com/medicine/otorhinolaryngology/book/978-1-60761-144-8>)

Base de datos del TRI

Los especialistas en el tratamiento de los acúfenos coinciden en que existen muchos tipos diferentes de acúfenos. Cabe suponer que estos distintos tipos difieren en los mecanismos implicados y en sus respuestas a los tratamientos específicos.

Para una mejor comprensión de los distintos tipos de acúfenos, los datos de los pacientes de nuestro Centro

son incorporados a los datos procedentes de otras clínicas de los acúfenos de la red TRI en una base de datos TRI: <http://database.tinnitusresearch.org>. La información se guarda bajo seudónimos, y su manipulación y sus análisis estadísticos son realizados de acuerdo a las normas de mayor exigencia. Esta base de datos suministra informaciones sobre la tasa de prevalencia de las características específicas de los acúfenos (por ejemplo, quejas por dolor de cabeza o por trastornos de la ATM), permitiendo identificar las relaciones existentes entre estas características (por ejemplo, el acúfeno aparecido tras un traumatismo tiene elevada intensidad); y puede, finalmente, identificar subgrupos de pacientes mediante un análisis de características comunes. La evaluación del acúfeno antes y después de las intervenciones terapéuticas permite identificar la eficacia de las intervenciones específicas en los subgrupos de pacientes. Esta base de datos, actualmente en crecimiento, contiene datos de 3.500 pacientes.

Resumen

Tratar a los pacientes con acúfenos es un reto complejo en la mayor parte de los casos. El diagnóstico es difícil debido a que los acúfenos y sus numerosas implicaciones de toda índole, lo sitúan en el cruce de distintas especialidades médicas. Por ello, la atención multidisciplinar con una discusión coherente, tanto de los resultados de las evaluaciones diagnósticas como de los distintos tratamientos es necesaria. Nuestro Centro actúa en esta línea, tratando de proponer estrategias individualizadas y por etapas a cada paciente.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los pacientes que confían en nosotros y nos aportan informaciones detalladas con objeto de facilitar la investigación clínica sistemática en el campo de los acúfenos. Nuestro agradecimiento también a nuestros esponsors y colaboradores, y a los profesionales que trabajan en la atención multidisciplinar a los acúfenos en el mundo entero.

Traducción:
Josep Boronat



Desarrollo de un innovador sistema de diagnóstico asistido por ordenador en 3D

De la revista "Tinnitus today", vol. 37, nº 1. Primavera 2012

Mapa de itinerarios hacia la curación del tinnitus. Paso A, beca de estudios de un año para una estudiante.

Na Zhu es estudiante de doctorado en Medicina en la Universidad Wayne State en Detroit, Michigan. Bajo la supervisión del tutor Sean Wu, doctor en Medicina, desarrolló un sistema innovador -sistema de diagnóstico asistido por ordenador en 3D - para identificar las ubicaciones específicas de las actividades del tejido neuronal relacionadas con el tinnitus en la estructura auditiva del cerebro. El sistema determina cambios en estas actividades del tejido neuronal, detectando la

exposición al ruido a través de la estimulación eléctrica del córtex auditivo. Esta nueva herramienta ayudará a los investigadores a determinar la correlación en las ubicaciones donde las actividades del tejido neuronal relacionado con el tinnitus son más activas, y también aportará una comprensión profunda de los mecanismos neuronales fundamentales subyacentes en el tinnitus.

Un nuevo sistema de diagnóstico

La localización de las neuronas hiperactivas relacionadas con el tinnitus puede ayudar a encontrar las anomalías que ocurren en el sistema auditivo del cerebro, lo cual es el primer paso para diagnosticar el tinnitus. Las tecnologías corrientes son limitadas, y sólo pueden observar actividades neuronales en los extremos de los electrodos lo cual hace difícil encontrar la situación precisa de las neuronas hiperactivas (las que dan origen al tinnitus). Además, las determinaciones de sus ubicaciones basadas en observaciones de la magnitud del cambio en los datos medidos en electrodos individuales tampoco son excesivamente fiables.

En esta investigación, se utiliza un algoritmo de inversión de tiempo (TR) para procesar los datos medidos por los electrodos. Básicamente, los datos evaluados en cada canal están cambiados de orden, basados en la historia en el tiempo. Cada electrodo es tratado como una fuente imaginaria, y las señales de tiempo invertido son transmitidas desde estas fuentes imaginarias de vuelta a la fuente real. Reuniendo estas señales de tiempo invertido y transmitidas hacia atrás en cualquier punto del espacio, la real ubicación del origen del tinnitus es identificada. Esto es porque la magnitud del cambio del pico de la señal aparecerá sólo en la ubicación del origen. Así, el resultado de la TR puede encontrar localizaciones precisas de las hiperactividades de neuronas que están directamente relacionadas con la percepción del tinnitus.

Resultados preliminares

Fueron llevadas a cabo pruebas de referencia en la estructura auditiva cerebral en el córtex auditivo (AC) de ratas normales para validar los resultados del algoritmo de TR. Durante la prueba, el estímulo eléctrico del córtex auditivo (ACES) fue aplicado en ubicaciones predeterminadas del córtex auditivo (AC) y se utilizó para estimular las actividades neuronales hiperactivas.

Después de las pruebas de referencia, el algoritmo TR se utiliza para analizar los datos en bruto medidos en

las ratas con o sin tinnitus, antes y después del ACES, para localizar las neuronas activas y examinar los efectos del tratamiento del ACES reduciendo los niveles de actividad hiperneuronal en el córtex auditivo.

Comparando la medición directa y los resultados del TR, se puede ver que las ratas con tinnitus positivo tienen fuertes actividades en el AC y la posición de las neuronas hiperactivas puede ser identificada por el algoritmo de TR. Las actividades espontáneas en el AC de las ratas con tinnitus negativo están distribuidas al azar y los cambios son muy pequeños. Los resultados muestran que la ACES parece poder reducir las actividades hiperneuronales en el AC para las ratas con tinnitus, mientras que no tiene un efecto obvio en las ratas sin tinnitus.

Trabajo futuro

Se necesitan completar más pruebas de referencia utilizando el algoritmo de TR para localizar las neuronas hiperactivas en la estructura del cerebro auditivo. En concreto, deberían realizarse pruebas en el córtex auditivo, en el colículo inferior y en el núcleo coclear dorsal y asegurar la viabilidad de esta nueva aproximación para localizar las ubicaciones precisas de las neuronas activas dentro de la estructura auditiva cerebral. En particular, el algoritmo de TR debería ser extendido para localizar actividades neuronales en un espacio de 3D (3 dimensiones). Esto se puede llevar a cabo implantando electrodos de canales múltiples en la estructura auditiva del cerebro, lo cual llevará a un diagnóstico más preciso de los mecanismos subyacentes en pacientes con patologías de tinnitus.

Estos resultados preliminares demuestran que este nuevo método puede localizar neuronas hiperactivas con una resolución espacial más rigurosa que los métodos existentes basados en mediciones directas. Los resultados también confirman que la ACES puede tener un impacto positivo en suprimir las actividades de las neuronas que están directamente relacionadas con la percepción del tinnitus.

Traducción:
Mercedes Delclós

Aplicación del neuroestimulador Jülich al tratamiento del tinnitus crónico

En la revista APAT 25 publicamos una información sobre un aparato denominado neuroestimulador que se había ensayado con éxito en el tratamiento de los tinnitus crónicos. Fue desarrollado por la Universidad de Jülich, y en Alemania se había aplicado ya a más de 1.500 pacientes con tinnitus crónico.

Nos llega ahora una información complementaria relativa a la empresa que comercializa el aparato: Adaptive Neuromodulation GmbH (ANM) (www.ann-medical.com): tel. +49 221 454 6313), facilitada por uno de

nuestros socios, y que transcribimos a continuación. Las informaciones que nos interesan son que el aparato ha tenido mucha aceptación en Alemania y que se trata de un tratamiento no invasivo, lo cual parece que no se expuso claramente en la referencia ya publicada. No es invasivo en tanto que el estimulador se coloca exteriormente encima de la cabeza, y el generador de sonidos se limita a transmitir los sonidos generados a través de auriculares.

ANM es una compañía vinculada a la Universidad de Jülich (Alemania), que ha desarrollado la última generación de aparatos de neuromodulación en base a un nuevo sistema de estimulación denominado Coordinated Reset (CR). La neuroestimulación es un tratamiento médico basado en la aplicación de estímulos mediante implantes eléctricos para la curación de trastornos neuronales como enfermedad de Parkinson, migraña, depresión, dolor o tinnitus. Se trata de estimular mediante impulsos eléctricos áreas específicas del cerebro en las que se originan los trastornos indicados y en determinados haces nerviosos. En el caso del sistema CR el generador de los impulsos eléctricos es exterior, es decir, el sistema no es invasivo.

Las ventajas del CR son su elevada efectividad, la baja tasa de efectos secundarios adversos, tiene efectos que continúan aun después de haber cesado la estimulación y su consumo de energía es muy reducido. En el tratamiento del tinnitus la estimulación externa se combina con estímulos sonoros estudiados y diseñados para cada paciente.

ANM ha desarrollado en primer lugar dos productos

para el tratamiento de trastornos neurológicos: un implante cerebral para los enfermos de Parkinson, y un estimulador externo combinado con un generador de sonidos para el tratamiento del tinnitus. Estos productos se han puesto a punto en el año 2010, y puestos a disposición de los facultativos alemanes.

ANM es una empresa puntera en Europa, que trabaja conjuntamente con Forschungszentrum Jülich y con el Hospital Universitario de Köln. Estas dos instituciones tienen un alto prestigio ganado por su experiencia en el campo de la neuromodulación. El neuroestimulador de ANM ya es ampliamente utilizado por los médicos alemanes.

Creemos que este tratamiento no es conocido en España, y desconocemos si está autorizado por la DGS y si el estimulador y el generador de sonido se distribuyen en España. Si podemos tener informaciones contrastadas sobre todo ello las pondremos en conocimiento de nuestros socios.

Preguntas y respuestas

Por Michael J. A. Robb. Clínica Robb de Otoneurología.

De la revista Tinnitus Today, Vol. 36, n.º 3, Invierno 2011

P. *Hace más de veinte años que me diagnosticaron tinnitus. He notado que el volumen generalmente fluctúa bastante dependiendo de la atención que pongo en ello. Por ejemplo, leyendo Tinnitus Today o mientras escribo esta carta, se me hace más fuerte. Si estoy implicado en otra cosa, el tinnitus parece irse hasta que vuelvo a pensar en él. ¿Qué está haciendo mi cerebro conmigo? ¿Existen posibilidades de alivio?*

R. Tienes suerte de que la percepción de tu tinnitus sea lo suficientemente suave como para que se reduzca al retar a tu cerebro con estímulos más importantes. Si el cerebro no puede poner la atención en nada en seguida, una estrategia de ayuda para aliviar el tinnitus tiene que ser

la de relacionar el cerebro con un estímulo que sea más interesante, importante o relajante que el tinnitus en sí, de manera que éste no domine la consciencia. Ejemplos: las matemáticas, la música, el arte, el humor, la conversación estimulante, la investigación, las lenguas, los trabajos de caridad, las oraciones, la meditación, el turismo o cualquier otra clase de actividad que tú disfrutes. La mayoría de los pacientes infravaloran el poder del cerebro.

P. *Noto que durante los meses de invierno, mi tinnitus parece empeorar. ¿Puede explicar por qué ocurre esto y sugerir maneras de hacer frente al tinnitus durante los meses de invierno?*

R. Una razón podría ser porque el ruido ambiental disminuye en los meses de invierno, debido a la ausencia de la proyección del sonido desde los edificios, las ventanas y las carreteras. La nieve absorbe los sonidos de alta frecuencia en mayor grado, y en realidad puede tener similares características de atenuación del sonido que los aislantes de lana o fibra de vidrio. Si los sonidos procedentes de la nieve son tan bajos, puede ser que el tinnitus de un paciente parezca más fuerte aunque éste probablemente no haya cambiado nada. La terapia del sonido regular de la lluvia, de una cascada, de un sonido electrónico de fondo o del sonido musical, pueden ayudar bastante durante el invierno. Igualmente, con sólo aceptar la acústica que hay en invierno sin preocuparse mucho del tinnitus, podría funcionar de la misma manera hasta que el sonido vaya "mezclándose".

P. *He leído que la cafeína puede empeorar el tinnitus y también he leído lo contrario. He leído lo mismo sobre la sal, el vino tinto y otras varias comidas y bebidas. ¿La dieta afecta al tinnitus o no?*

R. La dieta hace impacto en el tinnitus. Cada paciente es diferente y debería conocer su límite con respecto a cada comida, bebida u otra sustancia en términos de

irritación con el tinnitus. La mayoría de mis pacientes no son sensibles a la cafeína, a la sal o al azúcar, según mis observaciones. Sin embargo, a mis pacientes con la enfermedad de Ménière u otras variantes más leves, tales como la hidropesía coclear (algiacusia, tinnitus y fluctuación en la audición sin vértigo) se les da información para que sigan una dieta con 2.011 mg de sodio al día como máximo. El cuerpo humano normal sólo requiere 500 mg diarios de sodio.

Cada paciente debería estudiar su situación detenidamente y diseñar una dieta amiga del tinnitus que le permita controlarlo con más atención para obtener estabilidad y alivio. Sin embargo, es importante subrayar que las dietas con alto contenido en sal y cafeína pueden alterar negativamente las funciones auditivas, además de agravar el tinnitus. La sal puede tener otras consecuencias adversas para la salud tales como aumento de peso, alta presión sanguínea o hinchazón en los tobillos y las piernas. Mucha cantidad de cafeína puede conducir a tener problemas para dormir, dolores de cabeza, elevación del ritmo cardíaco y otros problemas. Sorprendentemente la cafeína también tiene efectos positivos en las células sanguíneas, en el estatus antioxidante y en el potencial cerebral y de rehabilitación.

Traducción:
Mercedes Delclós

Relato desordenado sobre los acúfenos

Calvario

Hemos recibido muchos testimonios que reflejan el «calvario» soportado por las personas que tienen acúfenos. Podrían resumirse en lo que sigue.

El acúfeno ha aparecido, en muchos casos, sin saber la causa que lo ha originado. En algunos casos ha aparecido con la intensidad y frecuencia definitivas y en otros casos, un antiguo acúfeno, casi imperceptible, se ha transformado, de pronto, en un acúfeno de mayor intensidad y cuya frecuencia ha variado (generalmente es más agudo que el antiguo). Inicialmente, el afectado (lo llamaremos el acufénico) concibe la esperanza de que la situación puede ser transitoria y trata de informarse sobre el síntoma y sus consecuencias.

Pasa el tiempo y el acúfeno sigue y decide acudir al médico. Puede ser al de cabecera que lo deriva rápidamente al otorrino o puede ser directamente al otorrino. Éste, en la mayor parte de los casos, hace lo que puede (que es más bien poco) que consiste en pruebas otológicas, prescribir un fármaco por si el acúfeno tiene su origen en una presión excesiva en la cámara posterior al tímpano, etc. Algunos otorrinos explican claramente

al acufénico que, de momento, la medicina no puede descubrir la causa de su acúfeno y muchos menos eliminarlo o reducirlo; otros otorrinos alargan, quizá indebidamente, el período de pruebas y visitas y es el propio acufénico el que llega a la conclusión de que, de momento, no hay solución.

Durante el período en el que se suceden las pruebas y las visitas, al acufénico le suele aparecer un trastorno de ansiedad de mayor o menor intensidad según las personas y sus circunstancias. Cuando llega a la convicción de que no hay solución, la ansiedad se transforma en muchos casos en depresión y en algunos casos (pocos por suerte) aparecen pensamientos de suicidio. Casi todos los testimonios hablan de insomnio y de que no pueden concentrarse en su trabajo ni en sus relaciones sociales debido a que piensan constantemente en el acúfeno.

Las causas y los mecanismos de los acúfenos

Se habla de muchas y muy variadas causas posibles: vivir con un alto nivel sonoro (industrias, discotecas, etc.), traumas en el sistema auditivo, tumores, proble-

Josep Boronat
Barcelona

mas con las cervicales, síndrome del dolor miofascial, fármacos ototóxicos, etc. Algunos casos parecen claros, otros se sospechan y en buena parte no se sabe a ciencia cierta.

Distintas investigaciones en otros países han llegado a un consenso en el que afirman que la causa, cualquiera que sea, ha dejado una deficiencia (lo digo en palabras llanas) en el área auditiva del cerebro que es la que provoca el sonido; y aunque cese la causa que lo provocó, la deficiencia ya ha quedado instalada, y por ello el acúfeno sigue. En base a este consenso muchas investigaciones tienen por objeto identificar el área del cerebro afectada y su tratamiento.

La habituación a los acúfenos

Algunos acufénicos descubren la existencia de nuestra asociación APAT, sea por internet, sea por indicación de alguna persona de su entorno, e incluso algunos, más bien pocos, por indicación de su otorrino, y acuden a la asociación con la esperanza de que sabemos lo que hay que hacer para eliminar o reducir el acúfeno.

Les explicamos que nosotros no vamos a eliminarles el acúfeno (nos meterían en la cárcel si nos dedicáramos a tal práctica, exclusiva de los profesionales de la medicina), que lo tiene que hacer la medicina, y que si no la ha conseguido les conviene pensar en habituarse para recuperar la calidad de vida perdida y que les podemos ayudar. Dado que no oyen lo que esperaban oír, algunos se decepcionan y no vuelven, y otros se van pero vuelven más adelante.

¿Que hay que hacer para habituarse? (es lo que hemos hecho muchos acufénicos). En primer lugar hay que hacer una reestructuración cognitiva sobre el acúfeno, desterrar falsas creencias negativas y entender que es posible convivir con su acúfeno. Esta reestructuración puede hacerse leyendo publicaciones neutras, no alarmistas ni interesadas, asistiendo a nuestro grupo de autoayuda, y derivándolo a los psicólogos especialistas en casos extremos. Luego le interesará aprender y practicar algún método de relajación. Nosotros proponemos el que se describe en nuestro libro y se muestra en el DVD que enviamos, pero cualquier método, si es eficaz vale.

Con esta práctica es posible convivir con el acúfeno, que sigue sonando pero que ya no es aversivo, y que permite superar el insomnio sin recurrir a los fármacos.

Estas ayudas las dispensamos presencialmente a los acufénicos que residen en Barcelona o en ciudades cercanas. A personas residentes en otras localidades españolas les ayudamos como podemos: por correo, por teléfono, mediante publicaciones, etc. Hemos in-

tentado que se organizaran asociaciones con sus grupos de autoayuda en Sevilla, Madrid y Vigo; y en los tres casos fuimos dos personas de Barcelona a la primera reunión para explicarles e impulsarles, pero en ninguno de los tres casos ha habido continuidad. Recientemente ha habido una primera reunión en Valencia; y tenemos esperanza de que ahora haya continuidad.

Las prácticas descritas no son totalmente de nuestra cosecha; en otros países proceden de forma parecida, y lo hemos tenido en cuenta.

Los fármacos ototóxicos

Hay muchos acufénicos que sospechan que la prescripción de un fármaco para una dolencia determinada, fue la causa de su acúfeno. Podría ser.

En la literatura médica hay abundantes referencias de fármacos que son ototóxicos ya que afectan al sistema auditivo en general y otros que, además, producen acúfenos (tinnitus es el término anglosajón empleado en el informe preparado por la asociación). El ácido acetilsalicílico (la famosa aspirina) es el fármaco generador de acúfenos más acreditado como tal.

Ocurre que parte de facultativos no lo saben o no lo tienen en cuenta. En las historias clínicas de los pacientes no consta si tienen acúfenos y en los protocolos de actuación ante distintas enfermedades se tienen en cuenta las alergias de los pacientes, enfermedades que ha tenido el paciente, antecedentes familiares, etc., pero nunca se pregunta si tienen acúfenos. Por todo ello, es imposible saber cuantos acufénicos deben su acúfeno a la prescripción de un determinado fármaco.

¿Cómo deberían organizarse las áreas de otorrinolaringología en relación a los acúfenos?

Tenemos amplia información de lo que hacen en otros países más adelantados que el nuestro, en particular en Francia y en Alemania, ya que estamos en contacto con France Acouphènes asociación como la nuestra en cuanto a intenciones y objetivos pero 10 veces mayor en el número de socios y en los recursos. En este mismo número se describe el funcionamiento de una clínica del acúfeno en Alemania. Se crean las clínicas del acúfeno, en las que se cuenta con un equipo multidisciplinar: otorrino, otoneurólogo, psicólogo, audioprotesista, etc., que atiende al paciente, y que cuando ha agotado las posibilidades de la medicina dispone del psicólogo, e incluso de voluntarios, que le ayudan a convivir con el acúfeno.

Hay algún tímido intento de hacer lo mismo en España. Nos han llegado referencias de algunas clínicas del acúfeno, que no podemos describir por desconocerlas.

¿Qué debería hacer la sanidad española en relación a los acúfenos?

Nos referimos a las autoridades que sean responsables de ello, sea el Ministerio de Sanidad sean las Comunidades Autónomas. Deberían enterarse de que existen los acúfenos: un trastorno que arruina la vida de muchas personas; nadie sabe cuantas, pero haberlas las hay. Deberían redactar, probablemente consensuándolo entre todos los implicados, un protocolo de actuación ante los acufénicos, para normalizar la acción de los profesionales de la salud, ahora muy dispersa y variada de unos a otros. Deberían promover la instalación de las clínicas especializadas en los acúfenos. Deberían informar a los profesionales en general sobre la ototoxicidad de algunos fármacos.

Si hicieran todo lo anterior daríamos un paso de gigante. No hemos querido mencionar lo de impulsar la investigación, ya que esto ya lo hacen en Estados Unidos, en Alemania, en Francia, etc. y los resultados cuando los hay nos llegan, por suerte, rápidamente.

El caso particular del que escribe este relato

En el año 1991 me empezó un acúfeno casi imperceptible. Estuve en la consulta del otorrino y me dí cuenta de que no avanzábamos y dejé de acudir. Conviví con mi acúfeno del que me acordaba algunas días al acostarme, pero que me permitía vivir sin el menor problema tanto de día como de noche.

En el año 2006 tuve unas parestesias, y el médico que me atendió me prescribió una aspirina diaria; y ni él me preguntó ni yo le dije nada del acúfeno, ya que no sabíamos ni él ni yo que la aspirina era tan ototóxica. Al poco

tiempo de tomar diariamente la aspirina, el acúfeno aumentó de intensidad, desaparecieron las parestesias, pero el acúfeno empezó a preocuparme: dificultad para dormir, falta de concentración, malhumor, etc. Creo que no tuve trastornos de ansiedad ni de depresión, y mucho menos tuve pensamientos suicidas (digamos que mis trastornos fueron leves o moderados). Podrán contarme lo que quieran, pero yo estoy convencido que debo la intensidad actual de mi acúfeno a la aspirina.

El médico que me prescribió la aspirina me ha reconocido posteriormente que algo sabía sobre acúfenos pero que nunca lo había tenido en cuenta. Ahora lo sabe, lo tiene en cuenta y, además, reparte nuestro informe sobre ototóxicos a sus colegas.

A principios de 2007 descubrí la existencia de APAT, precisamente a menos de 500 metros de mi domicilio; previamente había descubierto por internet la asociación France Acouphènes y me hice socio y empecé a informarme. Luego en APAT me explicaron lo que yo esperaba oír y acudí al grupo de autoayuda y luego, voluntariamente, me autoderivé al psicólogo con el que tuve varias reuniones para reestructurarme cognitivamente sobre el acúfeno y para aprender a habituarme; y convencido de que era lo único que iba a resolver mi problema hice el tratamiento de habituación tantas veces mencionado en las revistas de APAT.

Mi acúfeno sigue, yo lo oigo a veces, y me conenzo fácilmente de que es un ruido más de los muchos que nos rodean; duermo sin problemas y cuando trabajo me olvido totalmente del acúfeno.

Estaría muy contento si esta descripción de mi acúfeno sirviera para que otros sufrientes de acúfenos tomaron un camino similar al mío.

¿Quieres ser miembro de nuestra asociación?

Para que una asociación sea efectiva y trabajar bien respaldada tanto social como económicamente necesita un buen número de asociados. Nuestra Asociación no cuenta con otra fuente de ingresos que la cuota anual de **20 euros** de sus asociados. Si quieres ayudar, suscríbete y envíanos el boletín adjunto a:

APAT
Asociación de Personas Afectadas de Tinnitus
Providència, 42
08024 Barcelona

BOLETIN DE SUBSCRIPCIÓN (debe entregarse una copia a la entidad bancaria)

Nombre

Dirección

Localidad CP

CIF Edad Teléfono 1 Teléfono 2

Correo electrónico

ORDEN DE PAGO

Banco o Caja

Entidad	Oficina	DC	Núm cuenta	Firma
<input type="text"/>				

..... a de de

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