

# Apat 32



## El grupo de ayuda mútua de APAT

APAT se constituyó hace ya 20 años por varias personas afectadas por acúfenos que se pusieron en contacto gracias a unas cartas al director publicadas por el periódico La Vanguardia. La incorporación de nuevos socios a la Junta Directiva ha permitido que APAT siga estando vivo y activo 20 años después. Una de las actividades más importantes, ya desde los etapas iniciales de nuestra asociación, es la reunión de un grupo de ayuda mútua que actualmente se reúne una vez al mes. La función de estas reuniones de grupo es la de que varias personas afectadas por el mismo problema puedan conocerse, intercambiar informaciones, aprender estrategias para convivir con los acúfenos de forma que afecten lo menos posible a la calidad de vida, y no menos importante, descubrir que no estamos solos ante nuestro problema, que hay otros muchos con las mismas circunstancias.

Los grupos de ayuda mutua como el de APAT no son exclusivos de personas afectadas por acúfenos, ya que nos consta que en muchas otras enfermedades o dolencias, los afectados se reúnen con el mismo propósito que lo hacemos en APAT.

Desde el año 2006, la reunión que actualmente celebramos todos los primeros miércoles de cada mes (anteriormente se realizaban los primeros viernes de cada mes) está coordinada por el Psicólogo Dr. Josep Ribas Fernández, profesional muy acreditado en el tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos. Su pre-

sencia permite confirmar o discutir las informaciones que aportan los asistentes y aportar nuevas informaciones, sobre todo, ordenar la conversación para que sea constructiva.

Actualmente nuestra Asociación cuenta con 380 socios, de los cuales 165 aproximadamente son residentes en la provincia de Barcelona. Estos socios son los que pueden beneficiarse de esta reunión ya que su desplazamiento es fácil, lo cual no es así en cuanto a los demás socios.

La Junta Directiva de APAT entiende que la Asociación está en deuda con los socios que por residir lejos de Barcelona no se pueden desplazar. En este sentido hace un par de años tratamos de que se organizaran reuniones en otras ciudades españolas, e incluso llegamos a organizar la primera reunión en Sevilla, en Madrid y en Vigo; aunque posteriormente no hubo continuidad. A finales del año 2012 tuvimos una reunión en Valencia a la que han seguido otras 2 reuniones, y el pasado mes de junio hubo una conferencia en Madrid con este mismo propósito.

Para que estas reuniones y otras actividades similares tengan lugar en otras ciudades, es preciso que un grupo de personas, no necesariamente más de 2 ó 3, se propongan organizarse. APAT les ayudará en todo lo que esté en su mano para que esta organización tenga éxito, e incluso para que pueda acabar generando una nueva Asociación.



## Conferencia en Madrid

Nuestra amiga Rocío Susy organizó una conferencia en Madrid el pasado día 8 de junio sobre HABITUACIÓN A LOS ACÚFENOS, a cargo del Dr. Josep Ribas Fernández, Psicólogo. Tuvo lugar en la parroquia Virgen del Refugio de Santa Lucía de Fuencarral, gracias a las facilidades dadas por el Sr. Párroco, al que agradecemos su ayuda. El conferenciante expuso las causas más frecuentes entre las que producen acúfenos, describió los fármacos actualmente disponibles para el tratamiento, y las técnicas de las que se dispone en la actualidad para tratar este síntoma, todas ellas enfocadas a conseguir la habituación a los acúfenos, es decir, a aprender te-

rapias y estrategias para convivir con los acúfenos de forma que afecten lo menos posible a la calidad de vida del paciente. Entre estas terapias se expuso el tratamiento mediante autohipnosis del que hemos publicado un texto del que disponen nuestros socios.

Asistió un elevado número de personas que habían sido convocadas por APAT, las cuales, al final de la exposición, entablaron un animado coloquio con el conferenciante, el cual les invitó a organizarse para crear un GAM (grupo de ayuda mutua) que pudiera funcionar regularmente.



Asistentes a la conferencia celebrada en la Parroquia Virgen del Refugio de Santa Lucía en Madrid.

## Tres informaciones que nos han llegado a través de nuestra web

### Un enmascarador de acúfenos

El Dr. Miguel A. López González, Director de la Unidad de Acúfenos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, nos ha enviado una información que será útil para nuestros lectores.

Dice así:

Ya puede descargarse gratis la aplicación DEAF + TINNITUS para el sistema iOS de Apple (Iphone, Ipod, Ipad). La aplicación emula un audífono y un enmascarador de acúfenos. Para enmascarar los acúfenos, primero, con la aplicación se localiza la frecuencia del ruido (acufonometría) y, luego, se realiza el enmascaramiento (parcial, límite, total o secuencial). Para ello se puede utilizar el cambio de ancho de banda del enmascarador, el sonido ambiente, el ruido de fondo y el interruptor de intensidad del dispositivo móvil. Una característica del sonido enmascarante es que es casi imperceptible

porque se utiliza un algoritmo basado en ondas de policontrafase aleatoria.

La versión para móviles y tabletas con el sistema operativo ANDROID saldrá en breve. Ya mandaré la información. Cuando esta versión esté disponible, se harán sesiones para aprender a enmascarar los acúfenos con esta aplicación, dentro del estudio que lleva la unidad de acúfenos del hospital.

Espero resulte de utilidad.

Creemos que esta información, como otras muchas que hemos recibido del Dr. López González puede ser de utilidad para los afectados por acúfenos al poder disponer de un enmascarador que se puede conseguir con facilidad y cuyo manejo será sencillo. Dejamos constancia de nuestro agradecimiento al Dr. Miguel A. López González de Sevilla por las atenciones que siempre ha tenido y sigue teniendo con nuestra Asociación.

## Un fármaco

D. Martín M. C. nos comunica que el pycnogenol es un fármaco que le está dando muy buen resultado en el tratamiento de su acúfeno. Conoció su existencia y su aplicación por un amigo americano que es bioquímico. Hemos buscado información en internet sobre el pycnogenol, y vemos que se trata de un producto natural extraído de la corteza de unos determinados pinos que

se cultivan en Francia, es decir, no es un fármaco en el sentido estricto del término.

Puede ser que la etiología del acúfeno de nuestro comunicante sea tal que la prescripción de dicho producto sea beneficiosa, por ello trataremos de conocer cuáles son las circunstancias del acúfeno de nuestro comunicante, para decidir si su utilización se puede recomendar.

Agradecemos a D. Martín M. C. su información desinteresada.

## Una terapia

El Dr. Hans Greuel, otorrino alemán, nos ha enviado información sobre una terapia que él denomina Biometal Therapy para el tratamiento del acúfeno crónico. El contenido de esta terapia se puede ver en un libro que se puede descargar gratis en internet. El libro está en inglés y se titula *Up to the ears*.

Hay que acceder a: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/9098547/Uptotheears.pdf>

El hecho de que el libro pueda descargarse gratis nos induce a pensar que no hay el menor interés comercial

en la popularización de la terapia, y por ello lo comunicamos a los lectores. Vemos que se precisan unos videos que se pueden descargar, pero que, obviamente, estarán hablados en alemán y/o inglés; y nuestro propósito es entender en qué consiste la terapia, y si creemos que nos interesa conocerla y practicarla, estudiaremos cómo podemos editar los videos en español. En este sentido solicitamos a los lectores que, por conocer el idioma inglés, puedan leer el texto indicado y entender lo que se indica en los videos, nos comuniquen su opinión.

## TRT Tinnitus Retraining Therapy

La TRT es una terapia para el tratamiento del acúfeno y de la hiperacusia. Puesta a punto por el Dr. Jastreboff en Estados Unidos el año 1995, y simultáneamente por el Dr. Hazell en Gran Bretaña, consiste en dos acciones a realizar simultáneamente: un tratamiento del acúfeno mediante el empleo de generadores de ruido blanco y un tratamiento psicológico conocido como *counselling*. Este término cuya traducción literal podría ser consejo, como se expone en lo que sigue, tiene una acepción más amplia que la de uno o varios consejos.

Hemos recibido testimonios de afectados por acúfenos a los que les había sido prescrita la TRT por su otorrino, y su aplicación no había tenido el menor éxito. Nos han explicado que la prescripción de la TRT había consistido en: «Cómprase los generadores de ruido blanco, se los pone 5 ó 6 horas al día de forma que su intensidad (que el usuario puede graduar) coincida o sea ligeramente inferior a la del acúfeno, y en un plazo de 12 a 18 meses su acúfeno se habrá eliminado o reducido notablemente»; y añadiendo: «El 80 % de pacientes que practican esta terapia ven reducido o eliminado su acúfeno». Solo faltaba añadir: «Rece para que usted no sea del 20 % que no tiene resultados positivos».

Esta forma de prescribir es inadmisibles, ya que el prescriptor no tiene en cuenta el conjunto de acciones que constituyen la terapia TRT, y por ello las posibilidades de éxito son escasas.

Cabe preguntarse si la correcta aplicación de la TRT tiene un alto porcentaje de éxitos. Se trata de una pregunta a la que no podemos responder ya que: ¿disponemos de estadísticas fiables? ¿la TRT se ha aplicado habitualmente de forma correcta, es decir, como establecieron sus creadores fruto de su experiencia en la aplicación de esta terapia?

France Acouphènes publica una información sobre el *counselling* como parte de la terapia TRT, con el propósito de informar a sus lectores sobre las acciones que componen esta terapia, ya que parece que en Francia, como en España, en algunos casos la TRT se prescribe de forma parcial. Hemos tomado la decisión de traducirla y publicarla con el objetivo de que nuestros lectores, si les prescriben la TRT y se deciden a practicarla, estén avisados sobre las acciones de las que se compone esta terapia.

No podemos entrar en consideraciones sobre la efectividad de la TRT, por carecer de informaciones fiables;

pero podemos prevenir a los afectados por acúfenos a los que les puedan prescribir esta terapia, que además de «comprar los generadores de ruido blanco y

utilizarlos» hace falta recibir y entender el *counselling* que consiste en las acciones que se describen a continuación.

## TRT Tinnitus Retraining Therapy: Counselling

*France Acouphènes*, nº 79, Marzo 2103. Por Philippe Lurquin, Audioprotesista y Maud Réal, Logopeda; Bruselas (Bélgica)

Traducción: Josep Boronat

El *counselling* se define como un consejo terapéutico cuyo objetivo es la reestructuración cognitiva de los pacientes en relación a su acúfeno. El paciente acufónico, muy a menudo, ha escuchado que su acúfeno no tenía solución alguna, y en muchos casos incluso le han prescrito medicamentos que no han tenido la menor eficacia, todo lo cual le ha convencido de que su dolencia es incurable. El objetivo del terapeuta que aplica la TRT será establecer una argumentación destinada a permitir que el paciente comprenda cual es el su problema y que conozca la verdadera naturaleza del acúfeno, eliminando las ideas falsas (distorsiones cognitivas) y hacerle aceptar la utilización del generador de sonido blanco, que al modificar la entrada de estímulos sonoros externos, debe permitir, gracias a la plasticidad cerebral, una reorganización cortical controlada por el profesional competente. El rol más importante del *counselling* es convencer al paciente en cuanto al empleo del generador de sonido blanco, para lo cual deberá haber entendido la naturaleza del mecanismo neurofisiológico que deberá permitir el enmascaramiento del acúfeno y su salida del campo de la consciencia. En otras palabras, las dos acciones: utilización de los generadores de sonido blanco y el *counselling* deben conseguir que el acúfeno resida habitualmente en el área del inconsciente, lo que es equivalente a que el paciente, deje de percibir el acúfeno la mayor parte del tiempo.

### OBJETIVOS

En la primera etapa, antes de iniciar las sesiones de *counselling*, conviene eliminar todo malentendido y no realizar promesas poco realistas. Inicialmente será necesario frenar la ilusión del paciente para recuperar la situación que tenía antes de que apareciera el acúfeno. Es decir, será preciso convencer al paciente de que en medicina no es él quien decide, ni tampoco el terapeuta. Será necesario explicar que no existe ningún método terapéutico para tratar el acúfeno que responda simultáneamente a las tres condiciones siguientes: que sea eficaz al 100 %; que sea válido para todos los pacientes; y que no tenga efectos secundarios.

En la segunda etapa será necesario desterrar las ideas falsas y las ilusiones irreales del paciente. Los psicó-

logos lo llaman distorsión negativa. Estas distorsiones se han originado como consecuencia de una interpretación errónea de lo observado por el paciente en relación a su acúfeno.

Debemos distinguir entre las distorsiones negativas consecuencia de la fisiología de la audición (*mi acúfeno me ensordece, yo oiría bien si mi acúfeno desapareciera*) o las que sean consecuencia del mecanismo de la terapia (*el ruido blanco de mis generadores eliminará mi acúfeno*). Estas últimas serán tratadas por el audioprotesista, en tanto que las primeras, que están más ligadas a la personalidad del paciente (*he nacido con mala estrella, yo no merezco este calvario*), deberán ser tratadas por el psicólogo mediante un tratamiento cognitivo-comportamental. Lo ideal sería encontrar al profesional (caso muy raro) capaz de desarrollar competencias a la vez en materia acústica y en gestión psicológica. En el caso de que el paciente sea atendido por un equipo pluridisciplinar, cada componente del equipo desarrollará sus competencias, con preferencia en el mismo tiempo terapéutico (conviene evitar el tratamiento que proponga tratar primero las distorsiones acústicas y luego las psicológicas, o a la inversa), y si es posible, hay que proponer al paciente una unidad de tiempo y de lugar de tratamiento para ser atendido por los distintos profesionales del equipo. Una vez se hayan eliminado las falsas ideas, el paciente estará en disposición de entender en qué consiste la terapia TRT.

El objetivo final es hacer que el paciente sea autónomo. Un tratamiento previo de mala calidad conduce al paciente a no comprender ni siquiera escuchar las explicaciones que pueda recibir para eliminar los malentendidos, por ejemplo, al manifestar su impaciencia sobre la lentitud de la evolución de los síntomas. Una vez el paciente esté perfectamente informado y es autónomo el trabajo del audioprotesista habrá terminado.

### CONTENIDO DEL COUNSELLING

La utilización de los generadores de sonido blanco tiene por objetivo la reorganización cortical de las áreas del cerebro que procesan los sonidos externos percibidos, gracias a la plasticidad cerebral, con el objetivo de que el acúfeno salga del campo de la consciencia

e ingrese en el campo inconsciente. Es decir, los generadores no son más que el instrumento destinado a modificar la entrada sensorial, y lo más importante es alcanzar la reorganización cortical descrita. Todo ello debe ser comprendido por el paciente ya que constituye el verdadero contenido del *counselling*.

#### FORMA DEL *COUNSELLING*

La principal herramienta del profesional que lleva a cabo el *counselling* es la conversación con el paciente que presenta dificultad de comprensión o simplemente de aceptación. Muchos audioprotesistas han adquirido formación que les permite ser competentes en este campo. Lo habitual es ver a los pacientes no menos de 4 veces en los 3 primeros meses. Cabe explicar que este período de 3 meses de aprendizaje por parte del paciente es el preciso para practicar la TRT con éxito, ya que en lo referente a la salida del acúfeno del campo de la consciencia para ingresar en el campo inconsciente no se produce en los primeros meses, salvo en el caso de adolescentes o de personas muy jóvenes. Un período de 3 meses es indispensable para que se inicie la mejora en la mayor parte de los adultos.

#### DISTINTAS FORMAS DE APLICAR EL *COUNSELLING*

En la práctica coexisten dos tipos de *counselling*. Uno de ellos es el *counselling* de ayuda cuyo objetivo es una modificación comportamental en el paciente cuya vida se ha visto impactada por el acúfeno, y que deberá ser realizado por el psicólogo; el otro es el denominado *counselling* informativo que estará a cargo del audioprotesista que consistirá en explicar al paciente, basándose en la neurofisiología, mediante explicaciones simples la naturaleza de su acúfeno. Téngase presente que cuando en la consulta del otorrino o del audioprotesista se detecta un problema psicológico, es indispensable recurrir al psiquiatra o el psicoterapeuta conocedor del tratamiento de los acúfenos.

De todas formas hay que explicar que dos estilos de *counselling* son posibles, unos centrados en el paciente y otros centrados en el estilo o formas del terapeuta, sea psicólogo sea audioprotesista. La decisión sobre la forma de abordar el *counselling* viene condicionada generalmente por la capacidad del paciente de entender lo que se le va a explicar.

Cuando el *counselling* se centra en el paciente, es debido a que éste está al corriente de lo que será su tratamiento y a que puede comprender de una forma receptiva todo lo que se le explicará. El terapeuta es un guía y el paciente es plenamente responsable. En este caso la primera pregunta al paciente en las entrevistas que se celebren una vez ya esté utilizando los generadores será: *¿Ha utilizado usted correctamente sus generadores todos los días, toda la jornada?* El

**paciente deberá comprender que se trata de un tratamiento que debe realizarse de forma constante, y que su motivación para utilizar los generadores es indispensable para el éxito del tratamiento.**

Cuando el *counselling* está centrado en el terapeuta, éste controla la relación terapeuta-paciente, formulando preguntas al paciente para verificar que el diagnóstico ha sido correcto y para señalar las indicaciones a seguir. Cuando el paciente no está satisfecho con los avances en su tratamiento y así lo expresa, el terapeuta debe tener en cuenta lo manifestado por el paciente, y entender los motivos del paciente y corregir la que el paciente pueda estar realizando erróneamente. Este tipo de *counselling* es frecuente en nuestro trabajo habitual y es el que, generalmente, utilizan los médicos. La atención a las manifestaciones del paciente es esencial; se trata de evitar que el paciente piense o diga: Esto no marcha con este terapeuta. Para facilitar el análisis de lo que manifiesta el paciente interesa grabar lo que éste explique.

Una última distinción parece necesaria: *¿counselling* individual o en grupo? La ventajas del *counselling* en grupo son la economía del tiempo del terapeuta y permitir que el paciente encuentre a otras personas con su mismo problema con los que compartir sus experiencias. El paciente se sentirá menos solo, y será más autónomo en relación al terapeuta y tendrá concepciones más realistas. No obstante, en nuestra sociedad occidental basada en el ego, los comentarios y la mirada de otros pueden complicar el tratamiento, anular a determinados pacientes según su personalidad y conducirles a rechazar la propuesta del terapeuta por motivo de su desapego al mismo que puede producir una crisis en la relación terapeuta-paciente. Normalmente optamos por las sesiones de *counselling* en pareja, ya que las estrategias del paciente ante su sufrimiento por el acúfeno se basan esencialmente sobre su pareja. El marido o la esposa, cuando aceptan participar evitan la repetición de las explicaciones retenidas por el paciente, y ayudan en la interpretación de lo que se explica y a la práctica de las recomendaciones. Hemos constatado que el éxito en terapia acústica como la TRT es a menudo mayor y más regular cuando el paciente acude acompañado de su pareja.

## Terapias combinadas mejoran el tratamiento de acúfenos y hiperacusia. Conferencia.

El pasado día 5 de junio, ATINNEUS Asociación de Tinnitus de Euskadi, convocó una conferencia en Bilbao, a cargo de D. Christian Ilarraza del Centro de Trabajo para la Gestión del Conocimiento y de Doña Beatriz Delgado, Coordinadora de Centros Especializados del

Tratamiento del Acúfeno de GAES, y nos ha facilitado una reseña de lo explicado en la conferencia, que publicamos a continuación, ya que estimamos que puede interesar a nuestros lectores. Una vez más, agradeceremos a ATINNEUS su ayuda.

### Terapia Integral del Tinnitus TIT. Reeducación y Entrenamiento Auditivo

La conferencia tuvo como objetivo explicar la base científica de las terapias sonoras y ayudas técnicas para el tratamiento del acúfeno. Se analizaron los tratamientos actuales que coexisten y las nuevas vías de investigación. Según los resultados de un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, la combinación de varias terapias para tratar el tinnitus mejora los resultados. Es en esta línea que en Gaes se apostó por la Terapia Integral del Tinnitus TIT, abordando el acúfeno desde todas las áreas posibles. Esta terapia se basa por tanto en utilizar las estrategias disponibles para tratar a pacientes diagnosticados con acúfenos.

A partir de la detección y diagnóstico, se utilizan las terapias TRT (Tinnitus Retraining Therapy) o TSS (Terapia Secuencial Sonora), según las necesidades del caso y las recomendaciones del especialista ORL. Paralelamente se utilizan sistemas de apoyo como el Sound Oasis u otras similares, como complemento de la terapia aplicada.

En el caso de hiperacusia y acúfenos, mediante la Reeducación Auditiva según el método Knaster, los índices de molestia al sonido disminuyen después de 15 sesiones de entrenamiento, mejorando la confianza en el trabajo con diferentes sonidos (Estudio Multicéntrico Gaes 2013:

Acúfenos e hipersensibilidad al sonido, terapia integral del tinnitus asociada a reeducación auditiva (método Knaster) con sistemas auditivos).

Tras la exposición de las terapias, se analizaron diferentes casos con sus diversos tratamientos y su evolución a través del seguimiento efectuado. Según el Estudio Multicéntrico 2010, TIT (estudio multicéntrico en Centros Gaes IAI), realizado en 124 pacientes, el 84 % presentó un índice de mejoría tras la TIT a medio plazo ( 6 a 12 meses). El Estudio Multicéntrico en Hipoacusias Leves, Acúfeno Incapacitante y TRT, presentado en 2012, se refleja que a partir de una muestra de 100 pacientes, el 88 % presentó alguna mejora significativa en pérdidas auditivas leves, estimulando con sonidos habituadores.

En la misma conferencia se comentaron con los asistentes las cuestiones más interesantes tratadas en el 7ª Encuentro Internacional TRI (Tinnitus Research Initiative/TRI International Tinnitus Conference: Tinnitus, A Treatable Disease) que tuvo lugar en Valencia el pasado mes de mayo.

*Nota de APAT. Estamos pendientes de recibir un resumen en español de lo tratado en esta importante reunión celebrada en Valencia, que publicaremos en cuanto lo tengamos, ya que nos explican que se expusieron una serie de avances que a los afectados por acúfenos nos interesa conocer.*

## Hipnosis, una vez más

Hemos publicado numerosas informaciones sobre la utilización de la hipnosis, o de la autohipnosis, para conseguir la supresión parcial o total de la percepción del acúfeno, debido a que se trata de una terapia muy fácil de realizar, no es invasiva, es de corta duración y tiene un coste muy bajo o nulo.

Empezamos hace ya cuatro años publicando el texto Habituación a los Acúfenos, cuyo autor fue el Dr. Josep Ribas Fernández, Psicólogo, en el que se explica la realización de la autohipnosis precedida de ejercicios de relajación que se describen en el texto y que pueden verse en un DVD preparado al efecto. Tanto el texto escrito como el DVD se enviaron en su momento a todos los socios de APAT.

Hemos continuado publicando informaciones sobre au-

tohipnosis, algunas de ellas traducidas de *France Acouphènes*, y ahora, en lo que sigue, publicamos una vez más el texto de una conferencia sobre hipnosis publicado por *France Acouphènes* a la que asistieron numerosos afectados por acúfenos. Tuvo lugar recientemente en Francia, en la localidad de Saint Sernin en la región Rhône-Alpes, a cargo de la Dra. Ravo Teyssier, responsable del Área de Tratamiento del Dolor del Centre Hospitalier d'Aubenas. La conferencia expone el tratamiento a seguir con la asistencia de un hipnoterapeuta que ayude al paciente; es decir no se contempla la autohipnosis.

Sabemos que corremos el riesgo de que alguno de nuestros lectores piense que somos unos «pesados» por insistir en el tema; pero aceptamos dicho riesgo debido a que tenemos la convicción de que informamos sobre una

terapia útil y de fácil aplicación. Es posible conseguir la autohipnosis como se explicaba en el texto publicado; pero las personas que no alcancen a conseguirla pueden requerir la ayuda de un terapeuta que conozca la práctica. En muchos hospitales españoles existen facultativos que conocen y utilizan la hipnosis para el tratamiento del dolor, e incluso, para intervenciones quirúrgicas en sustitución de la anestesia; y que sin el menor problema podrían aplicarla al tratamiento de los acúfenos.

#### INTRODUCCIÓN

El objetivo de la terapia por hipnosis es permitir a los pacientes que se liberen de la percepción consciente de sus acúfenos. En algunos casos se obtiene la supresión total de dicha percepción, aunque es más razonable esperar que los pacientes no perciban sus acúfenos en la mayor parte del tiempo. El acúfeno persiste pero tiene menores consecuencias sobre el paciente que mejora su calidad de vida. Según estudios recientes, entre el 65 y el 75 % de los pacientes se benefician de esta terapia, y el 36 % de los pacientes cuyos acúfenos fueron resistentes a todas las demás terapias vieron mejorar su calidad de vida mediante la hipnosis. En consecuencia, la hipnosis mejora la capacidad de controlar los acúfenos y sus síntomas asociados: estrés, depresión e insomnio.

#### HIPNOSIS, ESTRÉS Y DEPRESIÓN

La hipnosis se acompaña habitualmente de una gran relajación y de una distensión que permiten reducir la ansiedad, el nerviosismo, las tensiones, la desmoralización y la depresión. Es conocido y está admitido que existe una interacción entre el estrés y los acúfenos. El funcionamiento del aparato auditivo es uno de los mecanismos del cuerpo más delicado y más reactivo. Sus respuestas son proporcionales al estado psíquico del sujeto.

#### *Estrés y acúfenos*

Los vínculos que pueden existir entre estrés y acúfenos son múltiples: el inicio o el empeoramiento del acufeno coincide a menudo con la aparición de un evento estresante o traumático. El estado acufénico genera estrés, y el estrés genera acúfeno. El temor al agravamiento de los síntomas de las patologías asociadas a los acúfenos potencia el estrés del paciente. Lo más frecuente es que el punto de partida del acúfeno se sitúe a nivel del oído, pero muy rápidamente queda registrado al nivel del córtex cerebral, y entonces es el cerebro quien genera los ruidos y no el oído. La ineficacia de la sección del nervio auditivo para corregir los acúfenos es una prueba de ello. Parece que surgen nuevas conexiones neuronales o que antiguas conexiones normalmente inactivas se reactivan en el córtex auditivo. Es conveniente realizar lo más rápido posible una acción terapéutica para evitar la consolidación del acufeno en el córtex auditivo. En teoría, es posible eliminar el trastorno acufénico corrigiendo el mal funcio-

namiento de las zonas cerebrales disfuncionales.

Debido a su carácter intrusivo y crónico el acufeno genera un estrés importante. Se vive como una agresión permanente y a la vez con fatalismo o sentimiento de impotencia. Para un gran número de pacientes constituye una preocupación mayor casi obsesiva. Las vivencias subjetivas de los acufénicos no tienen relación con la realidad anatómica o fisiológica, que además es variable de una persona a otra y de una hora a la siguiente. Los propios pacientes constatan la exacerbación de sus síntomas cuando están estresados. Factores emocionales como el temor a la sordera total o a que los acúfenos se agraven potencian aún más el sufrimiento moral. Aunque la hipnosis no podrá suprimir totalmente el acufeno, permitirá habitualmente a los pacientes una mejora de su calidad de vida, la liberación de su síndrome depresivo y recuperar su alegría de vivir.

#### *Hipnosis e insomnio*

Muchos acufénicos se quejan de trastornos del sueño, sea en el momento de dormirse o sea de despertares nocturnos seguidos de la imposibilidad de conciliar el sueño de nuevo. La hipnosis, al reducir el estrés, es una ayuda para superar los trastornos del sueño.

#### EL DESARROLLO DE UNA TERAPIA DE HIPNOSIS

#### *Las entrevistas preparatorias*

La terapia se inicia con varias entrevistas preliminares, que son indispensables para crear complicidad y confianza entre terapeuta y paciente. Estas entrevistas permitirán establecer si el paciente puede recibir la terapia o lo contrario (estado psicótico, toda persona que sufra una patología orgánica que quiere curar mediante la hipnosis debe ser rechazada, etc.). Estas entrevistas permiten desmitificar la hipnosis, tranquilizar a las personas inquietas y hacer desistir a los pacientes que esperan un milagro sin esfuerzo alguno por su parte.

#### *La inducción del estado hipnótico*

La inducción consiste en ayudar al paciente a entrar en el estado de focalización interior (trance hipnótico). Los métodos de inducción son muy numerosos y tienen en común fijar la atención del paciente sobre un objeto, sobre sensaciones psíquicas o sobre imágenes mentales.

#### *La tarea terapéutica en hipnosis*

El trance hipnótico se aprovechará para sugerir y proponer medios y soluciones creativas para los problemas del sujeto. Los resortes inconscientes del paciente se movilizan. Las sugerencias pueden ser directas o indirectas. Una sugerencia no es nada más que una sugerencia, y el inconsciente del sujeto es libre de rechazarla o de aceptarla total o parcialmente. La finalización de una sesión de hipnosis tiene lugar progresivamente. La salida del estado

hipnótico deberá ir precedida de un tiempo de latencia durante el cual el terapeuta puede formular sugerencias posthipnóticas.

#### **La entrevista posthipnótica**

La entrevista posterior a la hipnosis permite al paciente exponer su vivencias del trance hipnótico, lo que interesa por dos motivos: el paciente facilitará así informaciones que permitirán al terapeuta adaptar mejor sus técnicas en las sesiones posteriores; y durante esta entrevista el paciente explica detalles importantes en cuanto a su psicología.

La hipnoterapia es, en general, una terapia breve que

necesita un máximo de 5 sesiones, y en muchos casos menos de 5, incluso puede bastar con una sola sesión.

*Nota del traductor. La experiencia señala que las sesiones de hipnotismo deben realizarse cuando el paciente se encuentra relajado, ya que de lo contrario la sesión hipnótica será un fracaso debido a que la concentración del paciente será imposible. Para ello cabe utilizar la relajación progresiva o cualquier otro tipo de relajación. Hemos querido puntualizar este extremo debido a que en el artículo no se hace mención expresa al estado del paciente al inicio de la sesión hipnótica.*

## Los analgésicos pueden causar pérdida de audición

Merry de Bilbao nos envía una información sobre los efectos secundarios de algunos analgésicos que tiene mucho interés para nuestros socios. La publicamos con mucho gusto, y agradecemos la colaboración de

nuestra amiga de Bilbao.

Tomar analgésicos como ibuprofeno o paracetamol dos o más veces por semana aumenta el riesgo de padecer pérdida auditiva, según indica un estudio.

Un grupo de investigadores ha descubierto que los analgésicos que se usan habitualmente pueden estar vinculados con la pérdida de audición en mujeres. Investigadores del Hospital Brigham de la Mujer, en Massachusetts, Estados Unidos, han analizado la conexión entre la pérdida de audición y el uso de la aspirina, el ibuprofeno y el paracetamol.

En el estudio se descubrió que en mujeres que tomaban ibuprofeno o paracetamol dos o más veces por semana aumentaba el riesgo de padecer pérdida de audición en un 13 %. Cuanto más a menudo se ingería este tipo de medicamentos, más probabilidades tenían de padecer pérdida auditiva. De hecho, el riesgo se llegaba a incrementar en un 24 % en mujeres que tomaban estos analgésicos más de seis veces por semana. Esta relación era más pronunciada entre mujeres menores de 50 años.

En cambio, no se observó que la aspirina aumentara el riesgo de la pérdida de audición.

#### **REDUCCIÓN DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA**

Durante el estudio, los expertos analizaron la correlación entre las veces que los sujetos ingerían paracetamol, ibuprofeno y aspirina, y los casos de discapacidad auditiva registrados en el Estudio de Salud de Enfermería II, durante 14 años, de 1995 a 2009. Los investigadores revisaron 62.261 casos de mujeres de 31 a 48 años, de las cuales, 10.012 referían una discapacidad auditiva.

Sharon G. Curhan, directora médica de la división Channing Division of Network Medicine del hospital, y autora

principal del estudio, explica que los analgésicos podrían reducir la circulación sanguínea de la cóclea en el oído interno. La cóclea es responsable de la audición y una reducción del flujo sanguíneo podría deteriorar su función. Según el informe, la mitad de todos los estadounidenses sufren pérdida de audición de altas frecuencias a los 60. Asimismo, dos tercios de las mujeres en esta edad experimentan algún tipo de pérdida auditiva, al igual que un tercio de las mujeres de 50 años.

La pérdida de audición en edad adulta es la sexta enfermedad más común entre los países más desarrollados.

El estudio se publicó en la revista American Journal of Epidemiology.

Fuentes: [www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com) y [www.medicaldaily.com](http://www.medicaldaily.com)



## FÁRMACOS OTOTÓXICOS

Nuestra Asociación publicó un informe sobre fármacos ototóxicos en el año 2010, que se puso a disposición de todos los socios. Se preparó en base a una búsqueda en las bases de datos más relevantes de todos los estudios publicados en los que se había informado sobre ototoxicidad de fármacos. Como consecuencia de dicha búsqueda se confeccionó el listado publicado.

Un socio nos sugiere que sería interesante que los socios y afectados por acúfenos dispusieran de un listado en el que se indiquen los fármacos que no presentan ototoxicidad, es decir, los fármacos que en los estudios contenidos en las bases de datos no han sido identificados como ototóxicos.

Para atender la sugerencia de nuestro socio hemos tomado la Clasificación Anatómica de los Medicamentos que aparece en el Diccionario de Fármacos Jims Novena Edición que contiene los fármacos presentes en el mercado español a fines de 2011, y hemos subrayado los fármacos ototóxicos que aparecen en el informe publicado en el año 2010.

El lector podrá ver en cada uno de los grupos y subgrupos los fármacos ototóxicos (son los subrayados) y los no ototóxicos.

Puede ocurrir, y ocurre, que unos pocos fármacos ototóxicos que aparecen en el listado del año 2010, no aparecen en esta clasificación. Esto se debe que el referido listado de ototóxicos y la clasificación que sigue corresponden a años distintos. Ambos, listado y clasificación, deberán ser revisados simultáneamente dentro de dos años como máximo, ya que la evolución de los fármacos presentes en el mercado es constante, con bajas por quedar fuera del mercado por causas diversas, y con altas por los nuevos fármacos disponibles.

## CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE MEDICAMENTOS (ATC)

### AGONISTAS ADRENÉRGICOS

#### ADRENÉRGICOS ALFA/BETA

EFEDRINA  
EPINEFRINA  
ETILEFRINA  
FENILPROPANOLAMINA  
ISOPRENALINA  
NOREPINEFRINA  
PSEUDOEFEDRINA

#### ADRENÉRGICOS ALFA 1

FENILEFRINA  
MIDODRINA

#### ADRENÉRGICOS ALFA 2

CLONIDINA  
METILDOPA  
MOXONIDINA  
TIZANIDINA

#### ADRENÉRGICOS BETA 2

BAMBUTEROL  
CLENBUTEROL  
FORMOTEROL  
SALBUTAMOL  
SALMETEROL  
TERBUTALINA

#### ADRENÉRGICOS TÓPICOS (NASALES Y OFTÁLMICOS)

APRACLONIDINA  
BRIMONIDINA  
FENILEFRINA  
OXIMETAZOLINA (NASAL)  
TRAMAZOLINA  
XILOMETAZOLINA

#### SIMPATICOMIMÉTICOS

DE ACCIÓN CENTRAL  
ATOMOXETINA

METILFENIDATO  
MODAFINILO

### AGONISTAS DE LA 5HT1

ALMOTRIPTAN  
ELETRIPTAN  
FROVATRIPTAN  
NARATRIPTAN  
RIZATRIPTAN  
SUMATRIPTAN  
ZOLMITRIPTAN

### ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

BUPRENORFINA  
CODEINA  
DIHIDROCODEINA  
ETILMORFINA  
FENTANILO  
HIDROMORFONA  
METADONA  
MORFINA  
OXICODONA  
PENTAZOCINA  
PETIDINA  
TRAMADOL

### ANESTÉSICOS GENERALES

BARBITÚRICOS  
TIOPENTAL SODICO  
HALOGENADOS  
DESFLURANO  
ISOFLURANO  
SEVOFLURANO  
OPIÁCEOS  
ALFENTANILO  
FENTANILO

REMIFENTANILO

### OTROS ANESTÉSICOS

#### GENERALES

ETOMIDATO  
KETAMINA  
PROPOFOL

#### ANESTÉSICOS LOCALES

#### AMIDAS

ARTICAINA  
BUPIVACAINA  
LEVOBUPIVACAINA  
LIDOCAINA (LOCAL)  
MEPIVACAINA  
PRILOCAINA  
ROPIVACAINA

#### ESTÉRES DEL ÁCIDO

#### AMINOBENZOICO

OXIBUPROCAINA  
PROCAINA  
TETRACAINA

#### OTROS ANESTÉSICOS LOCALES

PRAMOCAÍNA

#### ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

#### BENZODIAZEPINAS

ALPRAZOLAM  
BENTAZEPAM  
BROMAZEPAM  
BROTIZOLAM  
CLOBAZAM  
CLONAZEPAM  
CLORAZEPATO DIPOTASICO  
CLORDIAZEPOXIDO  
CLOTIAZEPAM  
DIAZEPAM

FLUNITRAZEPAM

FLURAZEPAM

HALAZEPAM

KETAZOLAM

LOPRAZOLAM

LORAZEPAM

LORMETAZEPAM

MEDAZEPAM

MIDAZOLAM

OXAZEPAM

PINAZEPAM

QUAZEPAM

TETRAZEPAM

TRIAZOLAM**OTROS ANSIOLÍTICOS E****HIPNÓTICOS**

BUSPIRONA

CLOMETIAZOL

HIDROXIZINA

OXIBATO SODICO

ZOLPIDEM

ZOPICLONA

**ANTAGONISTAS DE LA 5HT3**

GRANISETRON

ONDANSETRON

PALONOSETRON

TROISETRON

**ANTIARRÍTMICOS****ANTIARRÍTMICOS, CLASE III**

AMIODARONA

**ANTIARRÍTMICOS, CLASE IA**

DISOPIRAMIDA

HIDROQUINIDINA

PROCAINAMIDA

**ANTIARRÍTMICOS, CLASE IB**LIDOCAINA IV**ANTIARRÍTMICOS, CLASE IC**FLECAINIDA

PROPAFENONA

**ANTIBACTERIANOS****AMINOGLICÓSIDOS**AMIKACINAESTREPTOMICINAGENTAMICINA

KANAMICINA

TOBRAMICINA**CARBAPENEMS**

DORIPENEM

ERTAPENEM

IMIPENEM

MEROPENEM

**CEFALOSPORINAS**

CEFACTOR

CEFADROXILO

CEFALEXINA

CEFALOTINA

CEFAZOLINA

CEFDITORENO

CEFEPIMA

CEFIXIMA

CEFMINOX

CEFONIXIDA

CEFOTAXIMA

CEFOXITINA

CEFPODOXIMA-PROXETILO

CEFPROZILO

CEFRADINA

CEFTAZIDIMA

CEFTIBUTENO

CEFTRIAXONA

CEFUROXIMA

**GLICILICLINAS**

TIGECICLINA

**LINCOSAMIDAS**

CLINDAMICINA

LINCOMICINA**MACRÓLIDOS**

ACETILESPIRAMICINA

AZITROMICINA

AZITROMICINA (OFTAL)

CLARITROMICINAERITROMICINA

ESPIRAMICINA

JOSAMICINA

MIDECAMICINA,DIACETATO

ROXITROMICINA

TELITROMICINA

**PENICILINAS**

AMOXICILINA

AMPICILINA

AMPICILINA-BENZATINA

BENCILPENICILINA

CLOXACILINA

FENOXIMETILPENICILINA

FENOXIMETILPENICILINA-

BENZATINA

PIPERACILINA

**QUINOLONAS**

CIPROFLOXACINO

LEVOFLOXACINO

MOXIFLOXACINO

NORFLOXACINO

OFLOXACINO

PIPEMIDICO,ACIDO

**RIFAMICINAS**

RIFABUTINA

RIFAMPICINA

**SULFAMIDAS**

FORMILSULFATIAZOL

SULFADIAZINA

SULFAMETIZOLSULFAMETOXAZOL**TETRACICLINAS**DOXICICLINAMINOCICLINA

OXITETRACICLINA

TETRACICLINA

**OTROS ANTIBACTERIANOS**AZTREONAM

BACITRACINA

CAPREOMICINA

CLOFAZIMINA

CLORANFENICOL

COLISTIMETATO DE SODIO

COLISTINA

DAPSONA

DAPTOMICINA

DIHIDROESTREPTOMICINA

ESPECTINOMICINA

ETAMBUTOL

FOSFOMICINA

FUSIDICO,ACIDO

ISONIAZIDA

LINEZOLID

METRONIDAZOLNEOMICINA

NITROFURANTOINA

PIRAZINAMIDA

PRIMETAMINA

POLIMIXINA B

RETAPAMULINA

RIFAXIMINA

SULFACETAMIDA

TEICOPLANINA

TINIDAZOL

TIROTRICINA

TRIMETOPRIM

VANCOMICINA**ANTIDEPRESIVOS****ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS**AMITRIPTILINA

CLOMIPRAMINA

DOSULEPINA

DOXEPINAIMIPRAMINANORTRIPTILINA

TRIMIPRAMINA

**INHIBIDORES DE LA MAO**

MOCLOBEMIDA

TRANILCIPROMINA**INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA****RECAPTACIÓN DE SEROTONINA**

CITALOPRAM

ESCITALOPRAM

FLUOXETINA

FLUVOXAMINA

PAROXETINA

SERTRALINA

**INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA****RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y****NORADRENALINA**

MIRTAZAPINA

VENLAFAXINA

**OTROS ANTIDEPRESIVOS**

BUPROPION

DULOXETINA

MAPROTILINA

MELITRACENO

MIANSERINA

OXITRIPTAN

REBOXETINA

TRAZODONA

**ANTIABIÉTICOS ORALES****BIGUANIDAS**

METFORMINA

**INHIBIDORES DE LA ALFA  
GLUCOSIDASA**ACARBOSA  
MIGLITOL**INHIBIDORES DE LA DPP-4**SITAGLIPTINA  
VILDAGLIPTINA**SULFONILUREAS**CLORPROPAMIDA  
GLIBENCLAMIDA  
GLICLAZIDA  
GLIMEPIRIDA  
GLIPIZIDA  
GLIQUIDONA  
GLISENTIDA**TIAZOLIDINDIONAS**PIOGLITAZONA  
ROSIGLITAZONA**OTROS ANTIDIABÉTICOS ORALES**EXENATIDA  
NATEGLINIDA  
REPAGLINIDA**ANTIEPILÉPTICOS****ANTIEPILÉPTICOS BARBITÚRICOS**FENOBARBITAL  
PRIMIDONA**CARBOXAMIDAS**CARBAMAZEPINA  
OXCARBAZEPINA  
RUFINAMIDA**HIDANTOÍNAS**

FENITOINA

**OTROS ANTIEPILÉPTICOS**GABAPENTINA  
LAMOTRIGINA  
LEVETIRACETAM  
PRÉGABALINA  
TIAGABINA  
TOPIRAMATO  
VALPROICO, ACIDOVIGABATRINAZONISAMIDA**SUCCINIMIDAS**

ETOSUXIMID

**ANTIFÚNGICOS****ANTIFÚNGICOS ANTIBIÓTICOS**ANFOTERICINA B  
ANFOTERICINA B (LIPOSOMAL)**ANTIFÚNGICOS AZÓLICOS**FLUCONAZOL  
ITRACONAZOL  
KETOCONAZOL  
POSACONAZOL  
VORICONAZOL**ANTIFÚNGICOS TÓPICOS**AMOROLFINA  
BIFONAZOL  
CICLOPIROX  
CLOTRIMAZOL  
EBERCONAZOLECONAZOL  
FENTICONAZOL  
FLUTRIMAZOL  
MICONAZOL  
NAFTININA  
NISTATINA  
OXICONAZOL  
SERTACONAZOL  
TIOCONAZOL**OTROS ANTIFÚNGICOS**ANIDULAFUNGINA  
CASPOFUNGINA  
GRISEOFULVINA  
MICALFUNGINA  
TERBINAFINA**ANTIHISTAMÍNICOS H1**ALIMEMAZINA  
CETIRIZINA  
CINARIZINA  
CIPROHEPTADINA  
CLEMASTINA  
CLOCINIZINA  
CLORFENAMINA  
DES LorATADINA  
DEXCLORFENIRAMINA  
DIFENHIDRAMINA  
DIMENHIDRINATO  
DOXILAMINA  
EBASTINA  
FEXOFENADINA  
FLUNARICINA  
KETOTIFENO  
LEVOCABASTINA  
LEVOCETIRIZINA  
LORATADINA  
MECLOZINA  
MEPIRAMINA  
MEQUITAZINA  
MIZOLASTINA  
OXATOMIDA  
PROMETAZINA  
RUPATADINA  
TERFENADINA  
TIETILPERAZINA  
TRIPLENAMINA  
TRIPROLIDINA**ANTIINFLAMATORIOS NO  
ESTEROIDEOS****AINES NO SELECTIVOS**ACECLOFENACO  
ACETILSALICILICO, ACIDO  
CLONIXINATO DE LISINA  
DEXIBUPROFENO  
DEXKETOPROFENO  
DIACEREINA  
DICLOFENACO  
FENILBUTAZONA  
FEPRAZONA  
FLURBIPROFENO  
IBUPROFENO  
INDOMETACINAISONIXINA  
KETOPROFENO  
KETOROLACO  
LORNOXICAM  
MEFENAMICO, ACIDO  
MELOXICAM  
NABUMETONA  
NAPROXENO  
NIFLÚMICO, ACIDO  
PIROXICAM  
SULINDACO  
TENOXICAM  
TOLMETINA**AINES NO SELECTIVOS****SÓLO TÓPICOS**BENCIDAMINA  
ETOFENAMATO  
FEPRADINOL  
FLUFENÁMICO  
MABUPROFENO  
PIKETOPROFENO  
PRANOPROFENO  
SUXIBUZONA  
**COXIBS**  
CELECOXIB  
ETORICOXIB  
PARECOXIB**ANTIPARKINSONIANOS****ANTICOLINÉRGICOS**BIPERIDENO  
PROCICLIDINA  
TRIHEXIFENIDILO**DOPAMINÉRGICOS**AMANTADINA  
APOMORFINA  
BROMOCRIPTINA  
CABERGOLINA  
LEVODOPA  
LISURIDA  
PERGOLIDA  
PRAMIPEXOL  
QUINAGOLIDA  
ROPINIROL  
ROTIGOTINA**INHIBIDORES DE LA COMT**ENTACAPONA  
TOLCAPONA**OTROS ANTIPARKINSONIANOS**BENSERAZIDA  
CARBIDOPA  
RASAGILINA  
SELEGILINA**ANTIPSICÓTICOS****ANTIPSICÓTICOS FENOTIAZINAS**CLORPROMAZINA  
FLUFENAZINA  
LEVOMEPRIMAZINA  
PERFENAZINA  
PERICIAZINA  
PIPOTIAZINA  
TRIFLUOPERAZINA

**BENZAMIDAS**

AMISULPRIDA  
LEVOSULPIRIDA  
SULPIRIDA

TIAPRIDA

**BUTIROFENONAS**

HALOPERIDOL

**OTROS ANTIPSICÓTICOS**

ARIPIRAZOL  
CLOTIAPINA  
CLOZAPINA  
LITIO, CARBONATO

OLANZAPINA

PALIPERIDONA

PIMOZIDA

QUETIAPINA

RISPERIDONA

ZIPRASIDONA

**TIOXANTENOS**

FLUPENTIXOL

ZUCLOPENTIXO

**ANTIRETROVIRALES****INHIBIDORES DE LA INTEGRASA**

RALTEGRAVIR

**INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA**

OSELTAMIVIR

**INHIBIDORES DE LA PROTEASA**

AMPRENAVIR

ATAZANAVIR

DARUNAVIR

FOSAMPRENAVIR

INDINAVIR

LOPINAVIR

NELFINAVIR

RITONAVIR

SAQUINAVIR

TIPRANAVIR

**INHIBIDORES DE LA  
TRANSCRIPTASA INVERSA  
(NO NUCLEÓSIDOS)**

EFAVIRENZ

ETRAVIRINA

NEVIRAPINA

**INHIBIDORES DE LA  
TRANSCRIPTASA INVERSA  
(NUCLEÓSIDOS/NUCELÓTIDOS)**

ABACAVIR

ADEFOVIR, DIPIVOXIL

DIDANOSINA

EMTRICITABINA

ENTECAVIR

ESTAVUDINA

LAMIVUDINA

TELBIVUDINA

TENOFOVIR

ZIDOVUDINA

**NUCLEÓSIDOS**

ACICLOVIR

BRIVUDINA

CIDOFOVIR

FAMCICLOVIR

GANCICLOVIR

RIBAVIRINA

VALACICLOVIR

VALGANCICLOVIR

**OTROS ANTIVÍRICOS**

ENFUVIRTIDA

FOSCARNET

MARAVIROC

**ANTITROMBÓTICOS****ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K**

ACENOCUMAROL

WARFARINA

**ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS**

ABCIXIMAB

ACETILSALICILICO, ÁCIDO (CARDIO)

CLOPIDOGREL

DIPIRIDAMOL

DITAZOL

EPOPROSTENOL

EPTIFIBATIDA

ILOPROST

TICLOPIDINA

TIROFIBAN

TRIFLUSAL

**BIFOSFONATOS**

ALENDRÓNICO, ÁCIDO

CLODRÓNICO, ÁCIDO

ETIDRÓNICO, ÁCIDO

IBANDRÓNICO, ÁCIDO

PAMIDRÓNICO, ÁCIDO

RISEDRÓNICO, ÁCIDO

TILUDRÓNICO, ÁCIDO

ZOLEDRÓNICO, ÁCIDO

**ENZIMAS**

ALTEPLASA

DROTRECOGINA ALFA

ESTREPTOQUINASA

RETEPLASA

TENECTEPLASA

UROQUINASA

**HEPARINAS Y DERIVADOS**

ANTITROMBINA III

ANTITROMBINA ALFA

BEMIPARINA

DALTEPARINA

ENOXAPARINA

FONDAPARINUX

HEPARINA

NADROPARINA

TINZAPARINA SODICA

**INHIBIDORES DE LA TROMBINA**

BIVALIRUDINA

DABIGATRAN

DESIRUDINA

LEPIRUDINA

**OTROS ANTITROMBÓTICOS**

PROTEINA C HUMANA

PROTEINA S

**ALFA 1 BLOQUEANTES****ADRENÉRGICOS**

ALFUZOSINA

DOXAZOSINA

PRAZOSINA

TAMSULOSINA

TERAZOSINA

URAPIDILO

**ALFA-BETA BLOQUEANTES**

CARVEDILOL

LABELALOL

**BETA-BLOQUEANTES TÓPICOS  
(OFTÁLMICOS)**

BETAXOLOL

CARTEOLOL

LEVOBUNOLOL

TIMOLOL

**BETA-BLOQUEANTES****ADRENÉRGICOS**

ATENOLOL

BISOPROLOL

CELIPROLOL

ESMOLOL

METOPROLOL

NADOLOL

NEBIVOLOL

OPXRENOLOL

PROPRANOLOL

SOTALOL

**OTROS BETA-BLOQUEANTES****ADRENÉRGICOS**

HIDRALAZINA

MINOXIDILO

NITROPRUSIATO SODICO

**BLOQUEANTES DE  
LOS CANALES DEL CALCIO****BLOQUEANTES DE LOS CANALES  
DEL CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS**

AMLODIPINO

BARNIDIPINO

FELODIPINO

ISRADIPINO

LACIDIPINO

LERCANIDIPINO

MANIDIPINO

NICARDIPINO

NIFEDIPINO

NIMODIPINO

NISOLDIPINO

NITRENDIPINO

**BLOQUEANTES DE LOS CANALES  
DEL CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS**

DILTIAZEM

VERAPAMILO

**CITOSTÁTICOS****AGENTES ALQUILANTES**

BUSULFANO

CARMUSTINA

CICLOFOSFAMIDA

CLORAMBUCILO

DACARBAZINA

FOTEMUSTINA

IFOSFAMIDA

MELFALAN

TEMOZOLOMIDA

**ANTIMETABOLITOS**

CAPECITABINA  
 CITARABINA  
 CLADRIBINA  
 CLOFARABINA  
 FLUDARABINA  
 FLUOROURACILO  
 GEMCITABINA  
 MERCAPTOPYRINA  
 METOTREXATO  
 NELARABINA  
 PEMETREXED  
 RALTITREXED  
 TEGAFUR  
 TIOGUANINA  
**ALCALOIDES DE PLANTAS Y OTROS PRODUCTOS NATURALES**  
 DOCETAXEL  
 ETOPOSIDO  
 PACLITAXEL  
 TRABECTEDINA  
VINCISTINA  
 VINDESINA  
**ANTRACICLINAS Y ANTIBIÓTICOS CITOTÓXICOS**  
 BLEOMICINA  
 DAUNORRUBICINA  
 DOXORUBICINA  
 EPIRUBICINA  
 IDARUBICINA  
 IDOXURIDINA  
 MITOMICINA  
 MITOXANTRONA  
**ANTICUERPOS MONOCLONALES**  
 ALENTUZUMAB  
 BEVACIZUMAB  
 CETUXIMAB  
 PANITUMUMAB  
 RITUXIMAB  
 TRASTUZUMAB  
**INHIBIDORES DIRECTOS DE LA PROTEIN-QUINASA**  
 IMATINIB  
 LAPATINIB  
 NILOTINIB  
 SORAFENIB  
 SUNITINIB  
 TEMSIROLIMUS  
**HORMONAS Y ANÁLOGOS**  
 BUSERELINA  
 LEUPRORELINA  
 MEGESTROL  
**ANTAGONISTAS HORMONALES**  
 ANASTROZOL  
 BICALUTAMIDA  
 EXEMESTANO  
 FLUTAMIDA  
 FULVESTRANT  
 LETROZOL  
 TAMOXIFENO  
 TOREMIFENO  
**OTROS CITOSTÁTICOS**  
 ALITRETINOINA  
 ANAGRELIDA  
 ARSENICO TRIOXIDO

BORTEZOMID  
CARBOPLATINO  
CISPLATINO  
 ESTRAMUST  
 HIDROXICARBAMIDAINA  
 IRINOTECAN  
 MITOTANO  
 OXALIPLATINO  
 PENTOSTATINA  
 PROCARBAZINA  
 TOPOTECAN

#### CORTICOIDES SISTÉMICOS

**GLUCOCORTICOIDES**  
 BETAMETASONA  
 BUDESONIDA  
 DEFLAZACORT  
 DEXAMETASONA  
 HIDROCORTISONA  
 METILPREDNISOLONA  
 PREDNISOLONA  
 PREDNISONA  
 TRIAMCINOLONA  
**MINERALOCORTICOIDES**  
 FLUDROCORTISONA

#### CORTICOSTEROIDES SÓLO TÓPICOS

**CORTICOSTEROIDES POTENCIA ALTA**  
 BECLOMETASONA  
 BETAMETASONA  
 BUDESONIDA  
 DESOXIMETASONA  
 DICLORISONA  
 DIFLORASONA  
 DIFLUCORTALONA  
 FLUCLOROLONA  
 FLUCINOLONA  
 FLUCINONIDO  
 FLUCORTOLONA  
 FLUPAMESONA  
 FLUTICASONA  
 HALOMETASONA  
 HIDROCORTISONA, ACEPONATO  
 METILPREDNISOLONA  
 MOMETASONA  
 PREDNICARBATO  
**CORTICOIDES POTENCIA BAJA**  
 HIDROCORTISONA, ACETATO  
**CORTICOSTEROIDES POTENCIA INTERMEDIA**  
 CLOBETASONA  
 FLUMETASONA  
 FLUCORTINA  
 FLUOROMETOLONA  
 HIDROCORTISONA, BUTIRATO  
 HIDROCORTISONA, PROPIONATO  
**CORTICOSTEROIDES POTENCIA MUY ALTA**  
 CLOBETASOL

#### DIURÉTICOS

**DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO**

AMILORIDA  
 ESPIRONOLACTONA  
 TRIAMTERENO  
**DIURÉTICOS DEL ASA**  
BUMETANIDA  
FUROSEMIDA  
TORASEMIDA  
**DIURÉTICOS INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA**  
ACETAZOLAMIDA  
DICLOFENAMIDA  
**DIURÉTICOS OSMÓTICOS**  
MANITOL  
**DIURÉTICOS TIAZIDAS**  
 BENDROFLUMETIAZIDA  
 CLORTALIDONA  
 HIDROCLOROTIAZIDA  
 INDAPAMIDA  
 TECLOTIAZIDA  
 XIPAMIDA  
**OTROS DIURÉTICOS**  
 EPLERENONA

#### FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACIDEZ

**ANTIÁCIDOS**  
 ALGELDRATO  
 ALMAGATO  
 ALMASILATO  
 CALCIO, CARBONATO (ANTIÁCIDO)  
 MAGALDRATO  
 MAGNESIO, CARBONATO  
 MAGNESIO, CARBONATO BASICO  
 MAGNESIO, FOSFATO  
 MAGNESIO, HIDROXIDO  
 MAGNESIO, OXIDO  
 MAGNESIO, TRISILICATO  
 SODIO, BICARBONATO (ANTIACIDO)  
**ANTIHIISTAMÍNICOS H2**  
 CIMETIDINA  
FAMOTIDINA  
 NIZATIDINA  
 RANITIDINA  
**INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**  
 ESOMEPRAZOL  
 LANSOPRAZOL  
 OMEPRAZOL  
 PANTOPRAZOL  
 RABEPRAZOL  
**OTROS ANTIULCEROSOS**  
 ACEXAMATO DE ZINC  
 BISMUTO, SUBCITRATO  
 DOSMOLFATO  
 SUCRALFATO

#### HIPOLIPEMIANTES

**ADSORBENTES**  
 COLESTIPOL  
 COLESTIRAMINA  
**ESTATINAS**  
 ATORVASTATINA

FLUVASTATINA  
 LOVASTATINA  
 PRAVASTATINA  
 SIMVASTATINA  
**FIBRATOS**  
 BEZAFIBRATO  
 FENOFIBRATO  
 GEMFIBROZILO  
**OTROS HIPOLIPEMIANTES**  
 EZETIMIBA  
 ICOSAPENTO/DOCONEXENTO  
 LAROPIPRANT  
 SULODEXIDA  
 SULTOSILATO DE PIPERAZINA

#### HIPOSENSORES SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

**ARA II**  
 CANDESARTAN  
 EPROSARTAN  
 IRBESARTAN  
 LOSARTAN  
 OLMESARTAN  
 TELMISARTAN  
 VALSARTAN  
**IECA**  
 BENAZEPRIL  
 CAPTOPRIL  
CILAZAPRIL  
 DELAPRIL  
ENALAPRIL  
 ESPIRAPRIL  
 FOSINOPRIL  
 IMIDAPRIL  
LISINOPRIL  
 PERINDOPRIL  
 QUINAPRIL  
 RAMIPRIL  
 TRANDOLAPRIL

#### INMUNOMODULADORES

**ESTIMULANTES DE COLONIAS**  
 FILGRASTIM  
 LENOGRASTIM  
 PEGFILGRASTIM  
**INTERFERONES**  
INTERFERON ALFA-2A  
INTERFERON ALFA-2B  
INTERFERON BETA  
INTERFERON BETA-1A  
INTERFERON BETA-1B  
INTERFERON GAMMA-1B  
PEGINTERFERON ALFA-2A  
PEGINTERFERON ALFA-2B  
**OTROS INMUNOMODULADORES**  
 ALDESLEUKINA  
 GLATIRAMERO  
 MYCOBACTERIUM BOVIS  
 TASONERMINA

#### INMUNOSUPRESORES

**INMUNOSUPRESORES, ANTI-TNF**  
 ADALIMUMAB

ETANERCEPT  
 INFLIXIMAB  
**OTROS INMUNOSUPRESORES**  
 ABATACEPT  
 ANAKINRA  
 AZATIOPRINA  
 BASILIXIMAB  
 CICLOSPORINA  
 EVEROLIMUS  
 INMUNOGLOBULINA ANTI LINFOCITOS  
 T (CONEJ)  
 LEFLUNOMIDA  
 MICOFENOLATO DE MOFETILO  
 MICOFENÓLICO, ÁCIDO  
 NATALIZUMAB  
 SIROLIMUS  
TACROLIMUS

#### INSULINAS

INSULINA  
 INSULINA ASPART  
 INSULINA ASPART PROTAMINA  
 INSULINA DETEMIR  
 INSULINA GLARGINA  
 INSULINA GLULISINA  
 INSULINA ISOFANICA  
 INSULINA LISPRO  
 INSULINA LISPRO PROTAMINA

#### LAXANTES

**LAXANTES EMOLIENTES Y  
LUBRICANTES**  
 ACEITE DE PARAFINA  
**LAXANTES ESTIMULANTES**  
 BISACODILO  
 DOCUSATO SODICO  
 FENOLFTALEINA  
 PICOSULFATO SODICO  
 SEN  
 SENOSIDOS A Y B  
**LAXANTES FORMADORES DE  
VOLUMEN**  
 METILCELULOSA  
 PLANTAGO OVATA  
**LAXANTES OSMÓTICOS**  
 DIHIDROGENO FOSFATO DE SODIO,  
 DIHIDRATO  
 HIDROGENO FOSFATO DE DISODIO,  
 DODECAHIDRATO  
 LACTITOL  
 LACTULOSA  
 MACROGOL  
 MAGNESIO, HIDRÓXIDO  
 POLIETILENGLICOL  
**OTROS LAXANTES**  
 GLICEROL

#### TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

**AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS**  
 APOMORFINA  
**AGONISTAS PROSTAGLANDÍNICOS**  
 ALPROSTADIL

#### INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA

SILDENAFILO  
TADALAFILO  
VARDENAFILO

#### VITAMINAS

**OTRAS VITAMINAS**  
 PARICALCITOL  
**VITAMINAS HIDROSOLUBLES**  
 ASCORBICO,ÁCIDO  
 BIOTINA  
 CARNITINA  
 CIANOCOBALAMINA  
 COBAMAMIDA  
 COCARBOXILASA  
 DEXPANTENOL  
 FOLICO, ÁCIDO  
 FOLINATO CÁLCICO  
 FOLINATO DISÓDICO  
 HIDROXOCOBALAMINA  
 LEVOFOLINATO CÁLCICO  
 NICOTINAMIDA  
 PIRIDOXINA  
 RIBOFLAVINA  
 SULBUTIAMINA  
 TIAMINA  
**VITAMINAS LIPOSOLUBLES VÍA ORAL  
(EXC VIT. K)**  
 ALFACALCIDOL  
 CALCIFEDIOL  
 CALCITRIOL  
 COLECALCIFEROL  
 ERGOCALCIFEROL  
 RETINOL  
 TOCOFEROL

## Carta

Buenos días, les voy a contar mi experiencia con mi acúfeno.

En febrero de 2005, cuando tenía 15 años, me diagnosticaron sordera súbita del oído izquierdo (con una pérdida del 80 %). Se suponía que podía haber sido una consecuencia de una infección vírica en el oído o bien debido a que recientemente había salido de fiesta a unos locales con la música muy alta, por lo que también podía ser un traumatismo debido a dicha música. Lo cierto es que nunca me han dicho con total seguridad cual era la causa.

El facultativo que me atendió me hizo ir a unas sesiones de cámara hiperbárica, así que durante tres meses fui todos los días laborables a la cámara. Tengo que decir que gracias a este tratamiento recuperé gran parte de la audición, si bien es cierto que algunos tonos no los he recuperado jamás.

Fueron unos meses difíciles. Yo era adolescente y además estábamos en junio (época de exámenes finales de 4º de ESO). No me podía concentrar y no dormía bien, tardaba dos horas en dormirme y siempre tenía el ruidito, o el zumbido como yo lo llamaba, tenía cambios de humor y estaba irascible. Afortunadamente siempre he contado con el apoyo de mis padres. Ellos se desvivían por mí e hicieron todo lo que estuvo a su alcance para dar con el médico que pudiera curarme. Por mi parte, cada vez que visitaba un médico me ponía de peor humor, ya que pese a todos los reconocimientos, cuando ya harta de ellos, les preguntaba si sabían cómo hacer que desapareciera el zumbido, y

ellos respondían que no sabían, que era una patología que aún se estaba estudiando y que de momento no tenía cura. Acabé negándome a visitar otros médicos. Pasaron los años y aunque al principio, sobre todo por las noches, me desesperaba y pensaba que acabaría volviéndome loca, me acostumbré al ruido. Sólo necesito de vez en cuando unas pastillas homeopáticas para relajarme y descansar mejor.

El 30 de diciembre de 2011, con 22 años, fui de viaje a Sierra Nevada. Estoy de sobra concienciada de que cuando viajo duermo poco, estoy nerviosa y enfadada y mi zumbido se dispara, a veces tanto se dispara que me cuesta oír mis propios pensamientos. Pero lo que no me esperaba es que tras 4 horas de viaje, en una parada para descansar, todo se quedara en silencio. Tardé unos segundos en darme cuenta de lo que pasaba, había algo raro en mí, y entonces me percaté de que no oía nada dentro de mi cabeza, todo estaba en silencio ... fue perfecto. Esta alegría no duró mucho, 20 segundos apenas. Después, mi acufeno volvió con la misma intensidad y sonido, pero yo no lo olvidaré nunca, porque sé que algún día es posible que me cure y que vuelva a disfrutar del silencio.

Solo quiero compartir mi experiencia con todos los que como yo ya no tienen silencio, decirles que si me ha pasado a mí puede pasarle a cualquiera, es posible que dentro de unos años la medicina nos pueda curar, o al menos procurarnos algo de silencio.

Saludos. Andrea

### ¿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

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

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