



apat 20



Asociación de personas afectadas por Tinnitus

Septiembre 2009

www.acufenos.org

info@acufenos.org

Editorial

APAT
Junta Directiva

Los fármacos ototóxicos

Recibimos continuamente testimonios de personas afectadas por acúfenos que sospechan, o tienen la certeza, de que un determinado fármaco prescrito para otra dolencia distinta a la de los acúfenos, fue la causa del inicio o del agravamiento de sus propios acúfenos.

Nos preguntamos cuantos profesionales de la Medicina al prescribir los fármacos, saben de ello y tienen en cuenta su ototoxicidad. Parece que son muy pocos. Para empezar, no hay noticia de que en la consulta se pregunte al paciente si tiene acúfenos, que sería el primer paso para tener en cuenta este problema que nos afecta a todos los que lo sufrimos.

Es por este motivo que intentaremos que nuestras autoridades sanitarias se enteren de que existe una afección llamada acúfenos, que no es mortal, pero que

puede arruinar la vida de muchas personas.

Hemos encargado un informe sobre los fármacos ototóxicos que incluye un listado en el que se identifican por su principio activo y por el nombre con el que se comercializan en España, el cual, además de insertarlo en nuestra web, se enviará a todos los socios.

Por nuestra parte este informe-listado se hará llegar, junto con nuestra petición de que sean tenidas en cuenta nuestras observaciones sobre este tema, al Ministerio de Sanidad y a la Consejería de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Sugerimos a los socios que residen en otras Comunidades y que estén interesados en ello, se dirijan a sus respectivas Consejerías de Salud con el mismo objetivo. Nosotros les facilitaremos la documentación que estamos preparando.

APAT
Junta Directiva

Conferencia del Dr. Joan Domènech

El pasado día 29 de enero nuestra asociación ofreció una conferencia a cargo del Dr. Joan Domènech, prestigioso otorrinolaringólogo del Hospital Clínic Universitari de Barcelona, especializado en el tratamiento de los acúfenos, sobre EL ESTADO ACTUAL DE LAS INVESTIGACIONES Y TRATAMIENTOS DE LOS ACÚFENOS.

El Dr. Domènech participa en los principales congresos y reuniones en los que se habla de los acúfenos, lo que le permite estar en contacto con sus colegas de

otros países y al corriente de las novedades en este campo. Participa en un estudio que se está realizando conjuntamente con profesionales y voluntarios de varios países europeos, sobre el empleo de un nuevo fármaco para el tratamiento de los acúfenos. La realización de este estudio y la identificación del fármaco fueron expuestas en nuestra revista nº 19.

Esta conferencia, cuya crónica resumimos a continuación, tuvo lugar en el Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

El conferenciante se propuso dar ánimos a los asistentes, unas 50 personas afectadas por acúfenos, ya que informó que las investigaciones van por buen camino y

los investigadores de todos los países ven día a día más cercano el momento en que encuentren un tratamiento que sea un alivio seguro y eficaz para los acú-

fenos. A pesar de ello no pudo concretar ni estimar un plazo para obtener tales resultados, dado que los laboratorios farmacéuticos involucrados en tales investigaciones llevan con extremo secreto las investigaciones cuyos resultados son más prometedores. Quiso transmitir a los presentes que entre los investigadores que trabajan para encontrar un fármaco eficaz existe una disposición y una esperanza que permite ilusionarse sobre el resultado.

En los últimos dos años ha habido un gran avance creando unas bases sobre las que están trabajando diferentes equipos de investigación en distintas disciplinas: otorrinos, neurólogos y bio-investigadores. Son muy amplios y diversos los campos que se investigan, lo que es muy positivo, ya que si hay un éxito en uno de estos campos el resto de ellos se beneficiará de tal éxito.

Un punto de inflexión en la disposición a investigar sobre los acúfenos lo constituye un gran aumento de los recursos destinados a ello por los laboratorios farmacéuticos. Estos entienden que esta investigación puede ser muy rentable, ya que se supone que un 4 % de la población mundial sufre acúfenos de forma continua; en muchos casos son tolerables pero en otros, como ya se sabe, pueden ser invalidantes, siendo éstos últimos alrededor del 1 % de la población. En resumen, hay una demanda potencial muy grande de un futuro fármaco para una población que, hoy por hoy, no dispone de un fármaco eficaz. Por tanto, el laboratorio farmacéutico que descubra un fármaco efectivo verá recompensada largamente su inversión en la investigación. Son estas consideraciones las que han propiciado un gran salto hacia delante en las investigaciones.

El problema de los acúfenos existe desde los albores de la humanidad, y es de las pocas dolencias para las que no existen tratamientos ni fármacos eficaces. Se debe en gran medida a que existe una interacción muy compleja entre los componentes del oído y el propio cerebro, lo que comporta una gran complejidad para la investigación. Explicó como funciona el oído y como actúan las células ciliadas de la cóclea situada en el oído interno. Estas células, en el caso de que sean dañadas por alguna de las muchas causas posibles, pierden su movilidad y quedan en una posición estática que da lugar a la emisión de una señal nerviosa que equivale a señalar al cerebro que hay un sonido, que realmente no existe, que es el que percibe el afectado. Puede compararse a una luz cuyo interruptor está bloqueado y por tanto queda siempre encendida. Esta es la causa de la gran mayoría de los acúfenos subjetivos (que solo los oye el afectado) de tipo no pulsátil. Este tipo de acúfenos, la gran mayoría, son muy difíciles de tratar ya que no se puede acceder a la cóclea en una persona viva sin dañarla.

Al parecer, algo cambia en el cerebro cuando hay un problema que provoca el acúfeno, pero en muchos

casos, aunque se solucione el problema en cuestión, el acúfeno persiste y el cerebro «ya no lo suelta». Incluso persiste el acúfeno en los casos en que se ha cortado el nervio auditivo del paciente, lo que demuestra que además del daño a las células ciliares se ha producido un problema o una mala interpretación en el cerebro, que persiste en la percepción del acúfeno.

Entre los tratamientos existentes analizó los siguientes.

- *Prueba de Lidocaína.* Está reconocido a nivel científico que una administración de Lidocaína por vía endovenosa produce la disminución o desaparición temporal del acúfeno en la mayor parte de los pacientes, durante el efecto en la mayoría de casos de unos minutos a unas horas. Se está estudiando la causa de que su funcionamiento sea temporal y su efecto no sea permanente, pero en todo caso esta prueba constituye una ayuda para tratar de identificar donde se encuentra el origen del acúfeno. Esta prueba, por otra parte, no tiene utilidad práctica para el tratamiento de los pacientes, ya que los efectos secundarios (arritmia, paro cardíaco) superan a los posibles (y limitados) beneficios.

- *Inhibición residual.* Tras la aplicación de una estimulación sonora externa determinada se produce una variación en los acúfenos, que desaparece al cabo de unos minutos. Esta situación es indicativa de que la causa del acúfeno reside en la cóclea.

Nuevas exploraciones experimentales. Uno de los mayores handicaps a los que se enfrenta la investigación de los acúfenos, es que, hasta hace muy poco, no existía ningún medio exploratorio eficaz además de las exploraciones «estándar» (RM, TAC, Angio-RM, Eco-Doppler, etc.), que no están diseñadas para el estudio funcional del sistema auditivo. Hay nuevos métodos de exploración que se están empezando a utilizar: magnetoencefalograma auditivo evocado, SPECT (emisión de fotones) y PET (Tomografía por emisión de positrones).

- *Resonancia magnética funcional.* Esta es la que ofrece mejores perspectivas. Consiste en aplicar un campo magnético intenso que permite mostrar cambios metabólicos cerebrales relacionados con la actividad neuronal. Se registra una imagen computerizada en dos o en tres dimensiones en la que aparecen coloreadas las zonas del cerebro activadas tras aplicar determinados estímulos al paciente.

- Se ha aplicado la tomografía por positrones PET en pacientes con acúfenos a los que se han tomado previamente imágenes cerebrales, y después se les aplicó la inhibición residual o lidocaína por vía intravenosa, y se ha logrado ver en algunos casos, que algunas zonas del cerebro han dejado de aparecer coloreadas y por tanto activadas tras la inhibición del acúfeno; y que una vez finalizada la inhibición han vuelto a aparecer coloreadas y por tanto activadas. Se conside-

ra un avance de gran valor, ya que es la primera vez que se consigue identificar zonas del cerebro relacionadas con los acúfenos. La sorpresa para los investigadores ha sido que dichas zonas pueden variar en cada paciente y pueden tratarse de zonas del cerebro diferentes de las que están relacionadas con la audición.

- Hay avances en la investigación con animales. Hasta hace muy poco tiempo la investigación no tenía forma de «objetivar» el acúfeno, es decir, experimentar con sujetos provocándoles acúfenos y comprobar que es lo que ha cambiado con dicha acción. Evidentemente esto no puede realizarse con humanos, y por tanto se realiza con animales, concretamente con ratas y cobayas. Seguramente lo de experimentar con animales no gustará a muchas personas, pero lamentablemente es la única forma de avanzar. La mayoría de los fármacos utilizados por el hombre se han encontrado por este medio.

- En la investigación de los acúfenos nos encontramos con el problema de que el acúfeno no es visible ni medible, por lo menos hasta hoy, ya que no se puede preguntar a la rata sobre sus acúfenos. Para ello han ideado un sistema que consiste en provocar acúfenos a las ratas administrándoles dosis conocidas de salicilatos (aspirina) que dañan el oído interno, y además se conoce con bastante precisión la dosis de aspirina a administrar a la rata para que tenga determinada severidad en los acúfenos. Tras la administración la rata tiene acúfenos. Se ha desarrollado un sistema por el cual la rata, que es un animal que salta con los estímulos sonoros, cuando tiene silencio pulsa un pulsador en su jaula y se le permite beber agua y comida (se la premia), y en cambio cuando tiene ruido recibe ligeras descargas eléctricas. De esta forma conocen cuando a una rata le desaparecen los acúfenos o se le alivian, y lo pueden medir dependiendo del número de veces que beben el agua que se les da como premio; y con ello pueden saber que tratamiento funciona para eliminar o aliviar sus acúfenos.

En la Universidad de Buffalo (Nueva York) se ha desarrollado una mini-máquina PET o de tomografía por emisión de positrones para ratas. De esta forma se pueden tomar imágenes de las ratas antes, durante y después de tener acúfenos para detectar que zonas del cerebro se activan o desactivan durante el proceso. Esto se puede hacer desde hace menos de un año, y el conferenciante opina que es un gran avance, ya que es muy importante que se pueda medir y visualizar el acúfeno en las experimentaciones con seres vivos, ratas en este caso. Hasta ahora solo se podían hacer disecciones. Todo ello será una gran ayuda para encontrar un medicamento evaluando la seguridad y eficacia en animales antes de probar con humanos.

- Como se sabe, las células ciliadas no se regeneran en los seres humanos, aunque es conocido que se regeneran en algunas aves, por ejemplo en los pollos. Se está investigando como y por que se produce este

fenómeno. Si al pollo se le provoca un trauma sonoro grave que le haga perder la audición, con el tiempo la recuperará parcialmente. Hay equipos biomédicos que estudian este campo para conseguir la regeneración de las células ciliadas con el fin de que las personas sordas puedan recuperar la audición.

- Algunos fármacos nuevos ya se están experimentando en humanos como el AM-111 y el Neramexane. El AM-111 se basa en el bloqueo de los receptores cocleares de NMDA y ya ha sido aprobado por la Federal Drugs Administration (EEUU) para el tratamiento de la sordera brusca. Actualmente está en fase IIb. Su administración es por vía intratimpánica. El conferenciante no se muestra partidario por el momento de este tipo de infusión del medicamento ya que el oído interno es muy delicado y estas administraciones intratimpánicas tienen riesgos potenciales.

- Neramexane. En opinión del conferenciante es el que, hasta ahora, está más avanzado y mejor posicionado, aunque falta que se publiquen los datos globales del estudio. También se basa en el bloqueo de receptores de NMDA. La noticia importante es que desde enero de este año el estudio se encuentra en fase III, que es la fase previa a la aprobación para su comercialización. El estudio está dirigido a personas con acúfenos subjetivos de menos de un año de aparición. Se administra por vía oral. Hasta ahora ha demostrado un buen perfil de seguridad con menos del 10 % de personas que han notado una discreta alteración del equilibrio, que al parecer es la principal contraindicación que puede presentar este tratamiento. Comentó que la fase III tiene un coste muy superior al de la fase II, y que, por tanto, si el laboratorio la ha afrontado es que ha habido buenos resultados previos, aunque es verdad que el laboratorio no ha facilitado hasta hoy detalles precisos del estudio, por razones comerciales.

Por otra parte se han comenzado estudios en humanos con otros medicamentos que, de momento, se mantienen en secreto, hasta el punto de que sus nombres no se conocen, pero se sabe que se comienza a formar equipos para los estudios y a reclutar voluntarios. A los especialistas a nivel mundial se les han facilitado informaciones parciales sobre dichos estudios.

El conferenciante se ofreció a responder a las preguntas de los asistentes. Transcribimos las preguntas oídas y las respuestas.

¿Es cierto que los resfriados y distintas enfermedades aumentan los acúfenos?

Cierto, cualquier problema o desequilibrio orgánico que nos haga sentir mal, o cualquier enfermedad asociada, influye en la percepción de los acúfenos aumentando la sensación de intensidad. Normalmente al resolverse la situación los acúfenos vuelven a la intensidad habitual.

¿Hay alguna dieta recomendable para las personas con acúfenos? ¿Si me hago vegetariano ello afectará a mis acúfenos?

No hay ninguna dieta o alimentos que, de forma genérica, puedan recomendarse a las personas con acúfenos. No se puede decir de ningún alimento que es bueno o que es malo para los acúfenos, o por lo menos no se ha identificado de forma concluyente. Cada persona deberá comprobar lo que le afecta y obrara en consecuencia. Esto incluye el alcohol, el café, etc. Por otra parte, como más sana sea la alimentación y menores los hábitos tóxicos es evidente que la salud global será mejor, y el organismo estará en condiciones de afrontar mejor cualquier patología.

¿Se puede ir en avión sin problemas?

No hay ningún problema específico. En cualquier caso si hay mucho ruido en la cabina es mejor protegerse los oídos. Tampoco hay que preocuparse por la presión ya que está controlada en los aviones. Si se produce una súbita bajada o subida de la presión los acúfenos no resultan afectados debido a que son cambios de poca duración. Cuando duelen los oídos al iniciarse el descenso se debe a un problema de trompa de Eustaquio, de tipo mecánico y sin nada que ver con el oído interno.

¿Afecta el cambio de tiempo a los acúfenos?

Sí, definitivamente sí. Está comprobado que cuando se produce una disminución sostenida o brusca de la presión atmosférica, cosa que ocurre cuando empeora el tiempo (lluvia), aumentan los acúfenos. Cuando comienza el mal tiempo, los pacientes, de forma generalizada, me indican que están peor de los acúfenos.

¿Hay algún tratamiento específico para personas con acúfenos y fuerte pérdida auditiva por trauma acústico?

No, lamentablemente no hay nada a día de hoy. Esta es una de las situaciones más difíciles de tratar; el trauma sonoro y la sordera brusca neurosensorial son, en mi experiencia, posiblemente los dos cuadros más resistentes a cualquier tratamiento actual.

A mi me funcionó un tratamiento con Prednisona (corticoide) que usted me prescribió, no me eliminó los acúfenos pero redujo muchísimo su intensidad hasta el punto de que no me acuerdo de ellos si no me fijo como ahora ¿Por que ocurre esto y por que este medicamento no les funciona a otras personas?

Esta es la gran dificultad del tratamiento de los acúfenos, lo que funciona a una persona no le funciona a otras. No sabemos por que, pero como ya hemos dicho hay un componente mental en este asunto. En algunos casos se produce adicionalmente un efecto placebo, que no es malo sino todo lo contrario, ya que si nuestra mente se convence de que tal caso va a funcionar... va y funciona. Y en otros casos similares no es así. Por otro lado, según me indica, cuanto más nos fijamos en los acúfenos más los percibimos; esta es la razón por la que, por ejemplo, los pacientes dicen que la intensidad de sus acúfenos aumenta el día que acuden a la visita del otorrino.

He leído sobre una clínica de Israel que cura los acúfenos ¿Es cierto?

Si esto fuera cierto, miles de profesionales de todo el mundo se estarían formando en Israel para aprender el tratamiento empleado y yo sería el primero. Sería noticia mundial y no es así. Tengan cuidado con lo que se ofrece por Internet, etc., ya que además de no mejorar los acúfenos pueden vaciar los bolsillos.

Me he estado informando sobre un tratamiento láser que se realiza en Alemania, que consiste en aplicar un láser a la cóclea durante varias sesiones ¿Se realiza en España? ¿Que opina?

Que no funciona. El láser en el ámbito de la otorrinolaringología solo se utiliza para cortar tejidos y calentarlos. Este tratamiento se aplica para generar calor en el oído interno, pero no regenera las células. Como ya hemos hablado antes, existe el efecto placebo y puede haber personas que se benefician de este efecto, sobre todo si tienen que desembolsar importantes sumas de dinero, ya que parece que cuanto más pagamos mejor es el tratamiento, y no es así. Naturalmente, esta opinión es personal, aunque basada en la experiencia.

No se ha hablado de las terapias sonoras como TRT, TSS, etc. ¿Qué nos puede decir?

Este es un campo muy amplio que requiere mucho tiempo para tratarlo debidamente. Resumiendo puedo decir que se basa en un concepto del que no se conoce con exactitud como funciona, que no cura el acúfeno pero que ayuda a su habituación. Funciona para algunos pacientes, aunque en casos específicos.

La conferencia fue seguida con gran interés por la cincuenta de asistentes por la importante información aportada por el Dr. Joan Doménech.

La Junta Directiva de APAT expresa mediante esta transcripción su agradecimiento al conferenciante por

las aportaciones realizadas y por la ayuda que muchos de nuestros socios, personas afectadas por acúfenos, han recibido y reciben del Dr. Joan Doménech.

Hiperacusia

Dra. Martine Ohresser, ORL, Mr. Éric Bizaguet y Mr. Hervé Bischoff, audioprotesistas.

La Revue de France Acouphènes.

¿Qué es la hiperacusia?

Es una sensación de intolerancia al entorno sonoro para intensidades del sonido perfectamente toleradas por el sujeto normal. Todos los grados de hiperacusia son posibles: desde una ligera molestia, a una sensación desagradable y hasta un dolor juzgado por el sujeto como insuportable.

Este síntoma afecta al 2 % de la población. A menudo se encuentra asociado al acúfeno, ya que entre un 30 y un 40 % de los afectados por acúfenos se quejan también de hiperacusia. Aparece principalmente en personas expuestas a niveles sonoros elevados como los músicos, mineros, etc. La hiperacusia puede ser uni o bilateral.

¿A que se debe?

Se desconoce con suficiente precisión el aspecto fisiopatológico de la hiperacusia. El hecho de que pueda ser unilateral induce a pensar que se trata de una afectación periférica al nivel del oído interno, pero es probable que con el tiempo los fenómenos centrales tengan un papel en la hiperacusia que, como en el caso de los acúfenos, implique al sistema emocional.

Diagnóstico

Toda hiperacusia precisa un balance auditivo completo. En la mayor parte de los casos, este balance será normal o tan solo mostrará un ligero déficit auditivo, normalmente sobre los agudos.

El test idóneo para poner en evidencia la existencia de hiperacusia es la determinación de los límites de tolerancia y de intolerancia auditivos. El paciente puede, con toda la razón, temer, e incluso rechazar, la realización del test de intolerancia auditiva. Deberá realizarse de acuerdo con el paciente y con las máximas precauciones. El interés de este test es poner en evidencia, de una forma objetiva, la presencia de esta hiperacusia que, si existe, mostrará que entre los límites de tolerancia y de intolerancia auditivos hay muy poca diferencia e incluso que se superponen. En un audiograma típico de una paciente con hiperacusia se aprecia una escasa distancia entre los límites de tolerancia y de intolerancia que como máximo difieren 20 decibeles cuando en la persona normal difieren hasta 60 decibeles.

Este test deberá repetirse en el curso del tratamiento y observar si, poco a poco, se produce un retorno a la normalidad de estos límites.

Tratamiento

Consiste en la reeducación del oído a los sonidos por medio de aparatos que generan sonidos, conocidos por generadores de sonidos blancos. El primer consejo para el paciente es el de no proteger excesivamente el oído del entorno sonoro. A causa de su hiperacusia, el afectado tiende a utilizar protecciones en sus oídos en las actividades de la vida diaria. Se trata de un mal reflejo, ya que cuanto más proteja su oído más sensible será al ruido, es decir, será más hiperacúsico.

Es preciso pues, sustituir estas protecciones por los generadores de sonidos blancos; pudiendo en los primeros días llevar ambos: protecciones y generadores. Para convencerle de esta necesidad, es preciso explicar detenidamente al paciente que no es por percibir un sonido o un ruido como desagradable que está traumatizado por su audición. Se trata de su límite de apreciación que se ha rebajado y le produce esta falsa impresión. Este afrontamiento del entorno sonoro es esencial para evitar la aparición de un fenómeno de ansiedad, consistente en una verdadera fobia al medio sonoro, que comprometería seriamente su curación. El cerebro no es capaz de dar un valor determinado a un sonido; en cambio analizará la diferencia entre los sonidos débiles oídos habitualmente y los sonidos fuertes que son dolorosos, y es esta diferencia que será interpretada como el ruido intolerable. El obtenido de los generadores de ruido es el de reducir esta diferencia.

Estos generadores se presentan como pequeños auriculares situados alrededor de la oreja para no reducir la audición. Hay que llevarlos toda la jornada. Generan un sonido blanco que es totalmente confortable gracias a su estabilidad. Inicialmente los generadores serán regulados para el nivel auditivo del paciente y su intensidad será aumentada progresivamente cada dos o tres semanas.

La utilización de los generadores no presenta dificultades en la mayor parte del tiempo. El paciente se siente protegido del entorno sonoro gracias a ellos durante todo el tiempo que dure la reeducación. El sonido es de intensidad reducida y por tanto es tolerable.

Los resultados iniciales aparecen al cabo de tres o cuatro meses de utilizar los generadores, y una curación total puede alcanzarse en seis meses. Hay que contar con tres meses de reeducación propiamente dicha y otros tres meses de consolidación del tratamiento para evitar recaídas. Se dejarán de utilizar de forma progresiva, de forma que el paciente se habitúe a no llevarlos, inicialmente en los ambientes menos agresivos y posteriormente podrá prescindir de ellos definitivamente.

En determinados casos, la duración de la reeducación puede ser mayor si el síntoma ha sido una experiencia emocional negativa. Puede haber aparecido una aprensión al entorno sonoro. En este caso deberán utilizarse técnicas complementarias como por ejemplo la sofrología o la terapia cognitiva como se hace con los pacientes con acúfenos. Estas técnicas permitirán al paciente recuperar el control y luchar y superar la aprensión que le impide conseguir una curación total. Estos pacientes pueden haber curado su hiperacusia pero conservar aún una sensibilidad por los sonidos intensos que sería normal, pero a la que ellos achacan una importancia mayor a causa de su aprensión.

Resultados del tratamiento

Estas técnicas de reeducación dan resultados excelentes. De 202 pacientes tratados entre 2002 y 2008, el 55

% se ha curado totalmente, el 8 % ha tenido una mejora importante, el 16 % ha alcanzado una mejora parcial, del 5% no se conocen los resultados y finalmente del 16 % no han conseguido mejora. Puede considerarse que el 79 % se ha curado o a tenido mejoras sustanciales. La media de la duración del tratamiento ha sido de seis a siete meses. Las recaídas se producen en personas expuestas a los ruidos. Entre 105 pacientes ha habido 7 recaídas, 6 de las cuales se han debido a nuevas exposiciones sonoras.

No se podrán por tanto ignorar los consejos sobre prevención y protección contra los ruidos fuertes potencialmente traumatizantes para el oído, sobre todo si se tiene en cuenta que en la mayor parte de

los casos se trata de personas con profesiones expuestas al ruido.

Conclusión

El diagnóstico y el tratamiento de la hiperacusia están perfectamente identificados. La eficacia en beneficio del paciente se obtendrá si lo atiende un equipo multidisciplinar en el que figure otorrino, audioprotesista y psicólogo. Es decir, se precisan profesionales formados que conozcan las especificidades de la hiperacusia ya que solamente el trabajo en equipo de estos diferentes especialistas permite un acompañamiento eficaz al paciente que le conduzca a la curación completa.

Traducción: Josep Boronat

El puente a la esperanza: el papel del psicólogo en el tratamiento del Tinnitus

Deborah R. Lain,
Psicóloga. Calgary,
Alberta, Canadá.
Experta en terapias
conductuales-cogniti-
vas.
www.hopefortinnitus.com
ears@hopefortinnitus.com

Tinnitus Today,
publicación de American
Tinnitus Association

Dada la cantidad de personas que padecen tinnitus, es esencial explorar todas las disciplinas cuyos esfuerzos para controlar los síntomas subjetivos del tinnitus, puedan contribuir a un resultado exitoso; y la Psicología es una de estas disciplinas.

Un tratamiento tradicional tiende a controlar síntomas físicos. Se pueden reducir o aliviar generadores de estrés asociados con el tinnitus, como por ejemplo la depresión, la ansiedad o el insomnio. También existen recursos auditivos, tales como terapias de sonido, intervenciones alternativas, ajustes dentales, suplementos o medicaciones. Sin embargo, después del tratamiento, muchos pacientes vuelven a su médico desanimados, frustrados y desesperados porque necesitan que se les haga algo "ya", "ahora". A menudo oyen lo siguiente: "no se puede hacer nada más"; y en este punto el médico le sugiere al paciente que tiene que "aprender a vivir con ello". Tal mensaje puede hacer disminuir rápidamente la esperanza, haciendo que el paciente se sienta incomprendido y temeroso de que las cosas no puedan mejorar. Muchos pacientes exploran segundas y terceras opiniones buscando alguna validación y una cura personal. El paciente se encuentra en el riesgo de desarrollar una depresión y ansiedad ya que vive en un círculo vicioso de sentimiento de desesperanza.

El valor de la validación

Como profesionales, debemos reconocer que su sufrimiento no es sólo físico; debemos también dirigir su bienestar emocional como parte de la gestión total de su condición de paciente. Sin una orientación adecuada, el paciente a menudo carece de estrategias y permanece angustiado.

La angustia causada por una vida con tinnitus puede manifestarse de las siguientes formas:

– Emocional: sentimientos de depresión, ira, irritabilidad, ansiedad, angustia, temor, tristeza, pánico, sole-

dad, desamparo, preocupación, vulnerabilidad, reacciones de pena profunda y desesperación.

– Cognitiva: dificultad en la concentración, reducción de la memoria, atención o preocupación obsesiva por el tinnitus, fijación en pensamientos negativos y creencias distorsionadas.

– Social: aislamiento creciente y distanciamiento de actividades placenteras y de recreo.

– Ocupacional: estrés debido a cambios en la identidad, rol, ingresos y empleo.

– Interpersonal: elusión de los amigos y de la familia, tensión conyugal, aumento de conflictos, deterioro de la comunicación.

– Física: aumento de quejas somáticas que incluyen dolores de cabeza, tensión muscular e insomnio.

El papel de la orientación

Una valoración psicológica y una intervención individualizada son componentes importantes de una aproximación global, multidisciplinar para maximizar los recursos del tratamiento.

Cada miembro del equipo de tratamiento, incluido el paciente, tiene un papel en la gestión exitosa del tinnitus. Es importante aprender habilidades adicionales en combinación con las mejoras realizadas a través de otras terapias. El papel de la orientación es ayudar al paciente a aprender cómo encauzar las maneras en las cuales el tinnitus está afectando su vida; ayudarle a facilitar posibles cambios; ayudarle a gestionar su tinnitus adecuadamente. Este es un punto crítico en la interacción entre el paciente y el profesional; un punto que crea un puente que ofrece esperanza y elecciones para el paciente *más allá de la eliminación del sonido*.

Cambios para llegar al puente de la esperanza

Los psicólogos y otros profesionales pueden toparse con resistencia o confusión con lo que entiende el paciente por el valor de la orientación. Los pacientes, a

menudo, basan su resistencia o su confusión en estigmas y mitos desafortunados y en sus propios sentimientos personales sobre secretos o revelaciones al descubierto. Son necesarias algunas acciones para evitar que el paciente esté a la defensiva. El profesional de la salud debe explicar la razón de la orientación y sus beneficios potenciales mientras acentúa el hecho de que, aunque el tinnitus se origina en el cuerpo –en el oído y el cerebro– hay una intrincada y compleja CONEXIÓN entre el cuerpo y la mente. A diferencia de un sonido producido como el tinnitus, que el paciente no puede controlar directamente, nuestros pensamientos y conductas están bajo nuestro poder y por lo tanto pueden cambiar. Por ejemplo, la reacción del paciente ante su tinnitus puede ser la de crear y exacerbar su estrés y, en otras palabras, lo que el paciente se dice a sí mismo sobre su tinnitus, es cuanto influencia y poder tiene su condición de afectado por tinnitus sobre sí mismo. Sin ser consciente de este factor, el paciente puede fácilmente “permitir” a su tinnitus llevar una vida propia. Muchos necesitan ayuda para desarrollar las habilidades necesarias para asumir su vida de nuevo.

El puente a la esperanza: el papel del psicólogo en el tratamiento del Tinnitus.

Objetivos del tratamiento

Tanto el paciente como el profesional deben ser capaces de considerar aspectos de la vida del paciente que son difícilmente atendidos, de manera que se puedan intensificar los progresos adquiridos en otras terapias de tinnitus. Este proceso ayuda a determinar si el paciente cae en una aceptación pasiva y en sentimientos de victimización o si, por el contrario, se siente reforzado con otra nueva aproximación al tratamiento. La orientación ofrece al paciente estrategias para mejorar su calidad de vida, el cual, al mismo tiempo, acepta que el sonido de su tinnitus puede no cambiar o no ser resuelto. El profesional necesita reforzar que la exploración de los síntomas del paciente desde una perspectiva psicológica, puede facilitar maneras de mejorar varios aspectos de su vida.

Cada disciplina juega un rol esencial y valioso en la gestión del tinnitus. Incorporar un componente psicológico al plan del tratamiento, enseña al paciente las habilidades que pueden mejorar su calidad de vida y reintroducir esperanza. La relación terapéutica puede capacitar al paciente a ir más allá de la vivencia con su tinnitus; puede cruzar un puente hacia la esperanza y aprender a vivir una calidad de vida de nuevo mientras reconduce su tinnitus con éxito.

Traducción: Mercedes Delclós

Libros de auto ayuda para la angustia relacionada con los acúfenos

Dr. **John Malouff** y Dr. **Nicola Schutte**, conferenciantes
Dr. **William Noble**, catedrático de la Escuela de Ciencias Sociales, Cognitivas y Conductuales de la Universidad de New England, Armidale, New South Wales, Australia.

Tinnitus Today, publicación de American Tinnitus Association

Alrededor de un 20% de personas con acúfenos experimentan angustias substanciales. Algunas de ellas van al psicólogo. Otras lo intentan con libros de auto ayuda. Hay evidencia de que la psicoterapia cognitiva conductual puede ayudarlas a sobrellevar sus acúfenos y y también de que las guías de auto ayuda junto con un soporte terapéutico son beneficiosos. Sin embargo, no hay una evidencia clara de que los libros de auto ayuda, por sí mismos, puedan ayudar a reducir la angustia.

¿Puede un libro estimular un cambio?

Con una beca de la American Tinnitus Association, evaluamos los efectos de un libro de auto ayuda cognitiva-conductual: **Tinnitus: a self-management guide for the ringing in your ears**, por los doctores Jane L. Henry y Peter H. Wilson (2001).

Para empezar, reunimos adultos en Australia, que vivían angustiados a causa de su tinnitus. Asignamos al azar a 162 participantes en dos grupos, un grupo para leer el libro durante ocho semanas, y el otro para formar parte del grupo de control.

El libro ofrece información educacional respecto al tinnitus y sugiere estrategias para:

– Cambiar las propias emociones pensando de manera diferente.

– Relajarse y controlar el estrés.

– Dirigir la atención fuera del tinnitus.

– Utilizar instrucciones subjetivas, tales como «yo puedo hacerme con esta situación, utilizando uno de los métodos llevaderos que he aprendido».

– Hacer cambios de vida, tales como aumentar el número de momentos agradables experimentados.

Pedimos a los participantes del estudio que leyeran el libro cuidadosamente y que siguieran sus sugerencias en un periodo de ocho semanas.

Estudio de la experiencia de los participantes

Al final de la semana octava, de nuevo reunimos información de los participantes sobre sus niveles de angustia. Obtuvimos datos de 57 de las 84 personas que estaban en el grupo de la lectura del libro, y datos de 70 de las 78 personas que estaban en el grupo de control. Los resultados indicaron que en los participantes del grupo del libro, disminuyeron su tinnitus y su angustia general, ambos de manera significativa. Las personas del grupo de control no cambiaron esencialmente, lo que sugiere que dentro del contexto del estudio, el libro ayudó, por lo menos, a reducir la angustia. Algunos participantes comentaron que los métodos de ayuda sugeridos para el tinnitus, también les ayudaron a sobrellevar otros elementos generadores de estrés.

Preguntamos a las personas del grupo del libro cuánto habían leído. Leyeron un promedio del 82% del libro. También les preguntamos si hicieron los cambios sugeridos en el libro. Descubrimos que cuantos más cambios hicieron en su pensamiento, conducta y situaciones relevantes, experimentaron una reducción más grande en su angustia. Este hallazgo sugiere que los libros de auto ayuda son de gran utilidad cuando el lector hace lo que el autor recomienda.

Los australianos afectados por tinnitus disponen del libro descrito anteriormente, y probablemente de otros libros, para aliviar las consecuencias de los tinnitus mediante su lectura y puesta en práctica de lo aconsejado por el libro.

Nos preguntamos si existe en español un libro similar que podamos recomendar a nuestros socios; y la verdad, no sabemos si en España o en Hispanoamérica se ha publicado algún libro de auto ayuda para las personas con tinnitus. Por ello preguntamos a nues-

Conclusiones

Cuatro meses después del inicio del estudio, evaluamos de nuevo a las personas del grupo del libro. Habían mantenido su mejora. Así pues, nuestros descubrimientos preliminares indican que un libro de auto ayuda basado en técnicas conductuales-cognitivas, puede realmente ayudar a las personas que padecen tinnitus.

Traducción: Mercedes Delclós

tros lectores que, si saben de algún libro de auto ayuda para afectados por tinnitus en español, nos lo comuniquen para explicarlo en el próximo número de la revista *APAT*, con el objeto de que los beneficios que la lectura del libro ha proporcionado a los australianos podamos alcanzarlos también los españoles. Al mismo tiempo nosotros intentaremos obtener el libro descrito e intentaremos traducirlo al español y publicarlo.

La Junta Directiva de APAT

La hipnosis y los acúfenos severos. Pasar de acúfeno a "olvido-feno".

Dr. **Francis Gajan**,
Service de ORL du CHU
de Rouen.

*La Revue de France
Acouphènes.*

Nuestra Asociación ha tratado de explicar a nuestros socios las posibilidades de la autohipnosis para grabar en el cerebro mensajes que permitan olvidar los acúfenos, o por lo menos dejar de prestarles atención. En las conferencias en las que el Psicólogo Sr. Josep Ribas Fernández nos ha explicado como habituarnos a los acúfenos, nos ha propuesto realizar ejercicios de autohipnosis, previa relajación, para rebajar las consecuencias invalidantes de los acúfenos. También en el texto *Habitación a los acúfenos* preparado por el Sr. Ribas y enviado a todos los socios se insiste en la autohipnosis.

La mención del término autohipnosis suele crear una actitud de incredulidad entre los oyentes, debido a que se asocia con la hipnosis que forma parte del espectáculo: televisión, teatro, music-hall, etc. En la revista *France Acouphènes* de junio de 2009 aparece un artículo sobre la autohipnosis y su práctica en Francia, que viene a confirmar lo que el Sr. Ribas y APAT venían diciendo sobre el tema. Lo transcribimos junto a una Nota de la Redacción de *France Acouphènes* que aparece en el mismo número, tan o más interesante que el propio artículo.

Cuando se preguntaba a Mr. H. Ericsson, gran innovador de la hipnosis en el pasado siglo, el motivo de haber mantenido el nombre de hipnosis a su práctica habitual, respondía que este nombre moviliza a la gente y que no deja a nadie indiferente, y por ello provoca la atención del paciente.

Aunque el fenómeno del trance existe desde siempre en todas las culturas, se asocia a menudo con creencias religiosas o esotéricas y se acompaña con músicas y danzas rituales. El trance, en nuestra cultura occidental, ha sido puesto de manifiesto por Antoine Mesmer a fines del siglo XVIII, cuando ha creído ver la acción de un «magnetismo animal», comparable al magnetismo mineral descubierto un poco antes. Después, al principio de siglo XIX, el nombre de magnetismo animal se fue sustituyendo

por «sueño magnético», lo que significa admitir que la referencia al magnetismo tiene carácter metafórico. A mitad del siglo XIX, el médico inglés J. Braid, con el propósito de desmarcarse definitivamente de la noción de magnetismo, inventó el término «hipnotismo neurológico».

El término corriente aceptado es «sueño hipnótico»; y así, de la primera confusión con el término «magnetismo» nació la segunda confusión con el término «sueño» (hipnosis viene del término griego *hypnos* que significa sueño). Esta confusión perdura todavía hoy bien alimentada por el hipnotismo que exhiben los hipnotizadores en sus espectáculos.

La hipnosis por tanto no es un sueño, como afirma F. Roustang en «El despertar paradójico» donde explica que si bien el paciente parece dormir en estado hipnó-

tico, su cerebro tiene una notable actividad, aunque diferente de su actividad en estado normal. Recientemente, en 1999, los profesores Maquet y Faymonville del CHU de Liège (Bélgica), basados en las imágenes del IRM funcional, demostraron que el estado hipnótico corresponde a un funcionamiento muy particular del cerebro, diferente de la simple relajación o del sueño consciente.

Nos interesa saber que cuando el cerebro de un ser humano funciona en estado hipnótico, puede aceptar más fácilmente cambios que se propongan, y por tanto, la hipnosis es una herramienta que puede facilitar la aceptación de cambios en el cerebro.

La utilización de esta herramienta terapéutica con los pacientes afectados por acúfenos, tiene cuatro objetivos:

1. *Reducción del estrés.* La práctica cotidiana de un ejercicio de hipno-relajación permite reducir el estrés, por lo menos al principio. El estrés amplifica todos los síntomas, el del acúfeno entre ellos, y su disminución permite reducir la severidad de la percepción del acúfeno.

2. *Reducción de la intensidad.* Entre 1/4 y 1/3 de los pacientes responden positivamente a mensajes o sugerencias dirigidos a reducir la intensidad del acúfeno.

3. *Modificación del efecto de la percepción.* Toda sensación está asociada, al nivel del cerebro, a un efecto perceptivo, que en los pacientes con acúfenos es un efecto negativo. Mediante el trabajo con sugerencias indirectas, pretendemos conducir al paciente a asociar el acúfeno con un efecto neutro en lugar del efecto negativo, lo que disminuirá las consecuencias negativas del acúfeno.

4. *El olvido.* El mayor problema que parecen vivir los pacientes es que su atención está focalizada permanentemente en sus acúfenos, lo que le genera un handicap continuado, con imposibilidad de concentrarse en actividades como la lectura, el ordenador, la televisión, las tertulias, etc.

La práctica de la hipnosis, con determinadas técnicas, tiene el interés particular de favorecer el olvido del acúfeno, lo que podemos llamar la transformación del acúfeno en acu-olvido.

Algunos pacientes dicen: Cuando yo escucho el acúfeno, siempre lo oigo, pero la mayor parte del tiempo no lo escucho y pienso mucho menos en él, y me molesta mucho menos.

En la primera entrevista con el paciente, el hipnoterapeuta tratará de averiguar si existe una relación entre la aparición del acúfeno, o su agravación, y un evento traumatizante en la vida del paciente, como, por ejemplo, la revelación de un proceso de duelo hasta entonces bloqueado, ya que en este caso el trabajo del psicoterapeuta deberá consistir, en primer lugar, en neutralizar las consecuencias del evento traumatizante antes que tratar el propio acúfeno.

En el servicio de otorrinolaringología en el que trabaja el autor, los pacientes son atendidos a lo largo de 5

consultas, en las que se practican las sesiones de hipnosis, con especial atención al aprendizaje de la autohipnosis. Con ello el paciente podrá practicar la autohipnosis en su casa, y ser autónomo.

Hemos realizado un estudio prospectivo sobre los pacientes que han acudido a la consulta de hipnoterapia de nuestro servicio desde el año 2000 al 2005. Sobre 65 casos de pacientes contactados por correo, 68 % de ellos han experimentado una mejora significativa. Estos resultados se publicarán próximamente.

Conclusión

La hipnosis es una herramienta terapéutica más, que permite reducir las molestias causadas por los acúfenos.

NOTA DE LA REDACCIÓN DE FRANCE ACOUPHÈNES

Hemos de reconocer que, al aceptar la publicación de este artículo, nuestra actitud era de perplejidad ante el fenómeno «hipnosis». Es cierto que anteriormente habíamos publicado artículos e informaciones sobre este tema hace ya mucho tiempo, y que varios testimonios habían aparecido en nuestra publicación aunque sin conocer con exactitud sus circunstancias. Hemos querido ver con nuestros ojos. Hemos solicitado al Dr. Grajan si podíamos estar presentes en una consulta con la autorización de los pacientes. Tanto el doctor como los pacientes nos han autorizado.

En efecto, el método original que utiliza el Dr. Grajan en la práctica cotidiana en el CHU de Rouen con los cuatro objetivos descritos en este artículo nos había llamado la atención e interesado vivamente. Para satisfacer nuestra «hambre» de informaciones acudimos, autorizados por los pacientes, a 3 consultas de hipnosis que se realizaron de acuerdo con el protocolo descrito. Lo que nos asombró fue la facilidad de los pacientes para entrar en estado de hipnosis. Cada paciente disponía de una grabadora o un simple teléfono móvil, en las cuales el Dr. Gajan grababa el contenido de la sesión para utilizarla posteriormente en sus sesiones de autohipnosis.

Desarrollo de una sesión

La estancia no tenía nada especial; era como cualquier consulta de un hospital; tan solo disponía en particular de un sillón muy confortable que podía adaptarse a la morfología del paciente. La iluminación era del estilo neón clásico de las consultas.

Después de una conversación en el curso de la cual el Dr. Gajan pregunta al paciente sobre sus vivencias, impresiones y actividades desde la anterior consulta y sus expectativas en relación a su situación actual, doctor y paciente se ponen de acuerdo sobre lo que el doctor sugerirá a lo largo de la sesión. El paciente entrega la grabadora (MP3 o un teléfono móvil) al doctor y se instala en el sillón confortablemente. El Dr. Gajan mantiene la grabadora en la mano y la sesión de

hipnosis propiamente dicha empieza.

Se desarrolla en 3 fases, y observamos que el tono de la voz y el contenido de lo dice el Dr. Grajan es muy característico y, evidentemente, forma parte del método de trabajo.

•Alcanzar el estado hipnótico mediante sugerencias de forma que el paciente se relaje. El doctor verifica que el paciente se encuentra en estado de hipnosis ordenándole que haga un movimiento: levantar la mano por ejemplo.

•Sugestión, siempre en el mismo tono de la conversación inicial y repitiendo los mensajes.

•Salida del trance hipnótico. Retorno progresivo al estado consciente. El paciente vuelve al estado normal y recupera su grabadora que le permitirá practicar autohipnosis.

La duración total de la sesión es de 45 minutos.

Traducción: Josep Boronat

Actividad espontánea de la orquesta en el Tinnitus

Las neuronas (células nerviosas que envían y reciben señales eléctricas en el cuerpo) en regiones especializadas del cerebro, son responsables de nuestra habilidad para oír. Sin embargo, para interpretar tanto los sonidos simples como los complejos, tales como una frase o una nota en el piano, un subconjunto de estas neuronas deben responder en sincronía (a la vez) con los ritmos temporales y las oscilaciones (fluctuaciones que se van repitiendo) de la actividad cerebral.

Por analogía, en una orquesta comprendida por millones de neuronas musicales, la música de Beethoven sólo emergerá desde la actividad neuronal cuando todos los miembros de la «orquesta» sigan el tempo del pasaje musical. Los miembros individuales de la orquesta deben escuchar atentamente el desarrollo del tema musical y reaccionar adecuadamente para mantener la melodía.

El rol de los ritmos cerebrales

Durante más de un siglo, los investigadores han estado registrando los ritmos cerebrales en un intento para entender cómo procesa el cerebro la información sensorial. Han separado los ritmos del cerebro en varias clases por la frecuencia con la que suceden. Algunas bandas de frecuencia se asocian con actividades específicas. Por ejemplo, cuando cerramos los ojos, un ritmo alfa (10 hertz*) será generado desde las áreas de procesamiento visual del cerebro, localizadas en la parte de atrás de la cabeza. El ritmo alfa parece ser importante para mantener orden en las extensas áreas de la corteza auditiva, visual y somato sensorial. Los ritmos gamma, que suceden en las frecuencias más altas (30-60 hertz), se desarrollan cuando una nueva señal sensorial (sonido, vista o tacto) llega a la corteza. La intensidad de estas bandas cambia constantemente a medida que prestamos atención, o ignoramos, a las señales sensoriales que vienen del entorno. Las intensidades relativas de las ondas cerebrales de las bandas alfa y gamma nos pueden dar mucha información sobre lo que el cerebro está procesando o a lo que está prestando atención.

Los ritmos cerebrales y los acúfenos

Durante años, los investigadores que estudian los acúfenos han observado que, incluso en silencio, las áreas cerebrales que procesan el sonido en las personas que sufren de acúfenos persistentes, tienen proporcionalmente menos intensidad en el ritmo alfa y más intensidad en el ritmo gamma que aquellas personas que no sufren de acúfenos. Este patrón de actividad es muy similar a aquellos que ocurren cuando el cerebro recibe un sonido que viene del entorno. El objetivo de esta investigación es entender cómo los pequeños grupos de neuronas (los músicos individuales) cambian su interpretación de la pieza orquestal entera para dar lugar a la aparición de los acúfenos.

Por qué los ritmos pueden cambiar

Una razón posible de por qué estos ritmos cambian su estructura de comunicación durante los acúfenos, puede ser debida a una pérdida del aporte de sonido normal debido a un trauma sonoro, a toxicidad producida por algún medicamento o a una pérdida auditiva por la edad. Cuando el cerebro pierde un aporte normal desde el oído, tiende a ajustarse para detectar mejor cualquier aporte que pueda estar aún disponible, de manera que las neuronas individuales pueden recibir mensajes desde otras neuronas a las que normalmente ignoraban.

Despierto y alerta

Un importante aspecto de mi investigación es obtener mediciones relacionadas con ratas con acúfenos que están despiertas y conscientes. Durante el sueño o la anestesia, normalmente no percibimos sonidos desde el entorno o desde el sonido del fantasma interno de los acúfenos. Por eso, obtengo todas mis mediciones de los ritmos del cerebro antes y durante los acúfenos, desde animales conscientes.

La aspirina y los cambios neuronales

Hemos dado a una rata despierta una alta dosis de aspirina, un medicamento muy común que puede inducir los acúfenos. Antes de una hora, un pequeño

Daniel Stolzberg, estudiante de medicina con una beca de investigación por la American Tinnitus Association (ATA), tutorizado por el Dr. Richard Salvi en el Centro de Audición de la Universidad Estatal de Buffalo, New York.

Tinnitus Today, publicación de American Tinnitus Association

grupo de neuronas reaccionaban en la corteza auditiva de la rata. Una hora después, desarrollaban acúfenos.

En un animal sin acúfenos, la energía en la banda alfa (8-12 hertz) disminuía durante la actividad neuronal, mientras que otras bandas de frecuencia, tales como theta (4-7 hertz), aumentaban. Otras bandas de frecuencia como las gamma (30-60 hertz) y las beta (12-30 hertz), también parecían aumentar.

Gracias al generoso soporte de ATA (American Tinnitus

Association), ahora tengo la tecnología, las herramientas y la experiencia para estudiar mejor los minúsculos detalles neuronales de los acúfenos en animales despiertos. Además, esta investigación permitirá probar la eficacia de medicamentos y otras formas de tratamiento para aliviar los acúfenos.

** hertz: hercio; es la unidad de medida de la frecuencia sonora.*

Traducción: Mercedes Delclós

CARTA

Queridos compañeros:

Soy miembro de ATINEUS (Asociación de Afectados de Tinnitus de Euskadi) desde hace unos años.

Por medio de este escrito quiero manifestaros mi experiencia con los acúfenos. Los padezco desde mayo del año 2000, tenía entonces 49 años. Consulté con varios médicos de distintas especialidades, y ninguno de ellos me dio esperanzas de curación. No sabían de donde procedían. Después de dar varios palos de ciego, durante todos estos años y gracias a mi carácter tenaz, busqué incansablemente una solución. Pues bien, ésta me ha llegado en julio del 2008. A finales de dicho mes me dirigí a la consulta de la ortodoncista C.M. de Oviedo. Me colocó un ROM

(reprogramador orto-muscular) en la mandíbula inferior. C.M. es una doctora que está trabajando el vértigo y los acúfenos con métodos muy novedosos. Bueno, el resultado ha sido que el vértigo ha desaparecido casi por completo y los acúfenos han disminuido o, por lo menos, soy menos consciente de ellos. Me ha dado una calidad de vida que antes no tenía.

Por fin, he sabido la procedencia de los acúfenos; en mi caso de la boca. Hace

bastantes años tuve un accidente de circulación y según la doctora, son una secuela. Aparte de la boca tengo también secuelas en cervicales, occipital y atlas. Por esto último, he comenzado masajes de osteopatía con una doctora de Bilbao.

Espero que esta información pueda ser de utilidad a otras personas. Saludos cordiales.

Mariasun. Bilbao

Mariasun, distinguida amiga:

La buenas noticias como las que contiene tu carta nos llenan de esperanza. Gracias por darnos esta información, y gracias también a tu asociación ATINEUS, con la que compartimos nuestro objetivo de ayudar a todas las personas afectadas por acúfenos. Afectuosamente.

APAT. Junta Directiva

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
www.acufenos.org
info@acufenos.org

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

Nombre

Dirección

Localidad CP

CIF Edad Teléfono

Correo electrónico

ORDEN DE PAGO

Banco o Caja

Entidad	Oficina	DC	Núm. de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

..... a de de

Firma

