

LA HABITUACIÓN A LOS ACÚFENOS

Josep Ribas Fernández

SUMARIO

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 2 |
| Trastornos psicológicos asociados a los acúfenos | 3 |
| Ansiedad | 3 |
| Depresión | 5 |
| Insomnio | 9 |
| Tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos | 15 |
| Relajación a través de la respiración | 17 |
| Relajación progresiva | 19 |
| Relajación a través de la imaginación (autohipnosis) | 22 |
| Plan de trabajo para la habituación | 27 |
| Conclusiones | 28 |

INTRODUCCIÓN

Los acúfenos son sonidos intermitentes o permanentes que se pueden percibir en un oído, en los dos o referirse a toda la cabeza, sin que exista una fuente sonora exterior que los origine. La naturaleza y la intensidad del sonido son muy variadas: pitos, ruido de viento, ruido de agua, ruidos de máquinas en funcionamiento, etc.

En la mayoría de los casos los afectados sufren trastornos psicológicos entre los que destacamos la ansiedad, la depresión y el insomnio.

La persona afectada por acúfenos suele acudir en primer lugar a su médico de cabecera el cual lo deriva al otorrino, o bien acude directamente a él, en busca de un tratamiento que consiga eliminarlos. Dado que hay un gran número de causas posibles, el diagnóstico de los acúfenos resulta extremadamente difícil. Aunque hay algunos que pueden diagnosticarse y tratar, para muchos de ellos, por el momento, la medicina no tiene una solución eficaz ni definitiva.

El otorrino realiza las pruebas que estima oportunas en busca del diagnóstico, y mientras se realizan, el afectado mantiene la esperanza de que sus acúfenos puedan eliminarse. Llega un momento en el que el otorrino entiende que el acúfeno no tiene solución y lo comunica al paciente. En otras ocasiones es el propio paciente que, a la vista de las pruebas realizadas sin resultados, llega a dicha conclusión. Esta situación suele ser un momento muy crítico en la vida del afectado, ya que es consciente de que deberá convivir con sus acúfenos de forma permanente. Esta convicción aumenta su estado de ansiedad y le deja sumido en la indefensión, que le conduce en muchas ocasiones, a la depresión.

Llegado este momento conviene considerar la posibilidad de realizar un tratamiento psicológico de los acúfenos que permita convivir con ellos, es decir, habituarse, entendiendo por habituación la no percepción de los acúfenos a pesar de su existencia o su percepción no aversiva, de forma que permita al afectado disfrutor de una buena calidad de vida.

Estamos habituados a percibir muchos sonidos exteriores que no nos afectan en absoluto y que nos permiten vivir sin problemas, y en definitiva los acúfenos no son otra cosa que un sonido más de los muchos que percibimos. No obstante, el afectado cree que es la percepción del acúfeno lo que le perturba, cuando en realidad la causa de su malestar son los trastornos emotivos que tal percepción ocasiona.

El propósito de este trabajo es describir el tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos. No debe esperarse que este tratamiento, aunque se realice con éxito, va a eliminar los acúfenos, pero permitirá vivir sin verse afectado por los trastornos que los acompañan. El tratamiento aporta una mejora en la calidad de vida que se explica por el cambio de actitudes y pautas de conducta nuevas que el afectado realiza a lo largo del proceso, con lo que consigue, además de habituarse a los acúfenos, disponer de más recursos de afrontamiento ante el estrés en general.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS ACÚFENOS

Los afectados por acúfenos refieren los problemas que su afección les provoca: pérdida de concentración, problemas en el trabajo, dificultades para dormir, insomnio, cambio de carácter, irascibilidad, etc.

Todos estos problemas son parte de tres tipos de trastornos perfectamente definidos que, aunque independientes entre sí, en muchos casos se presentan conjuntamente. Se trata de la ansiedad, la depresión y el insomnio.

ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción, y una emoción es un impulso involuntario originado como respuesta a los estímulos del ambiente, que induce sentimientos en el ser humano y en los animales y desencadena conductas de reacción automática. La especie humana es considerada capaz de controlar sus emociones de manera consciente (inteligencia emocional).

Los tipos de emociones más comunes son:

- Miedo: anticipación de una amenaza o de un peligro.
- Sorpresa: sobresalto, asombro, desconcierto.
- Aversión: disgusto, asco.
- Ira: rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad
- Alegría: diversión, euforia, gratificación, sensación de bienestar y de seguridad.
- Tristeza: pena, soledad, pesimismo.

La ansiedad es una emoción asociada al miedo y la función del miedo es la protección. Puede definirse que la ansiedad es una emoción asociada al miedo que provoca una respuesta involuntaria y cuya función adaptativa es la protección.

Nos protege preparando a nuestro organismo para la lucha o para la huida. Ante un peligro, o una situación que percibimos como peligro, la ansiedad prepara nuestro organismo para enfrentarnos al mismo o bien para apartarnos de él lo más rápidamente posible. Nos prepara provocando en nuestro organismo una serie de procesos dirigidos a aumentar el flujo sanguíneo en el cerebro y en las extremidades. En el cerebro para poder evaluar el posible peligro de forma rápida y eficaz, y en las extremidades para poder huir si es necesario. La ansiedad agudiza nuestros órganos sensoriales, entre ellos los de la audición.

Cuando se produce una respuesta de ansiedad, primordialmente se producen unos cambios fisiológicos que pueden dar lugar a: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblores, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias (hiperventilación), sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, inestabilidad, etc.

Además de las respuestas fisiológicas descritas, la ansiedad presenta un componente cognitivo: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre la actuación ante los demás, temor que se den cuenta de las dificultades propias, temor a la pérdida de control, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, etc. y un componente motor: evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos en piernas o manos, rascarse, etc.), ir de un lado a otro sin finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

La ansiedad es la respuesta que da el organismo para defendernos de los peligros existentes en el medio ambiente.

Las emociones y los acúfenos

Los acúfenos generan en el afectado emociones de: sorpresa, miedo, ansiedad, culpabilidad, indefensión y depresión. Ante la falta de soluciones efectivas para su problema, el afectado pone en práctica soluciones erróneas por su cuenta, y adopta, en ocasiones, conductas desadaptativas que acaban reforzando los acúfenos y retrasando la habituación. Entre estas soluciones erróneas señalamos las conductas de evitación, la ilusión del control y la búsqueda de relaciones causa-efecto.

Las conductas de evitación consisten en una serie de actuaciones encaminadas a no oír los acúfenos tapándolo con ruidos ambientales o de cualquier otro tipo. Reducen a corto plazo la ansiedad al no percibirlos, pero a medio y largo plazo no hacen otra cosa que perpetuar e incrementar el miedo. Si al miedo se le agregan conductas de evitación, se puede producir una fobia al acúfeno, y es imposible habituarse a estímulos fóbicos. La ilusión del control consiste en una creencia errónea según la cual si se está siempre pendiente de los acúfenos, estos podrán controlarse y en caso contrario si se dejan a su «libre albedrío», los acúfenos se desbordarán y agobiarán a la persona afectada. Lo que realmente sucede es que si siempre se está pendiente de los acúfenos éstos controlan la vida de la persona, e incluso en momentos en los que no se perciben hay una tendencia a «buscarlos» para confirmar que realmente no se escuchan. Las relaciones causa-efecto consisten en intentar descubrir cuales son las actuaciones, los alimentos, las situaciones, las circunstancias, etc. que provocan, aumentan o disminuyen los acúfenos, creando una falsa esperanza de encontrar un camino por esta vía. A los pocos días las expectativas se derrumban al comprobar que siguiendo el mismo proceso previamente marcado, los acúfenos aumentan de intensidad; y todo ello conlleva un aumento de la frustración y de la indefensión.

Solución correcta

Consiste en el afrontamiento (no evitar el silencio) y en el tratamiento de la ansiedad mediante el uso de fármacos, técnicas cognitivas, de relajación y centradas en la conducta. Por afrontamiento debe entenderse a «plantar cara» a los acúfenos, no evitarlos y a no «esconderses» de ellos. Las conductas contrarias al afrontamiento son habituales pero no son recomendables. Entre ellas cabe citar: poner la radio o la mú-

sica ambiental, dormir con la ventana abierta al ruido de la calle, acercarse a las fuentes sonoras, etc., cosas todas ellas que pueden hacerse, pero no con el objetivo de enmascarar los acúfenos.

Afrontamiento no es enfrentamiento. No hay que luchar contra los acúfenos, ya que la lucha contra un estímulo que no se puede vencer no hace más que alimentar la frustración e incrementar la ansiedad propia de esta situación. Tampoco debe aceptarse de una forma sumisa. No hay que someterse a los acúfenos y que éstos dirijan la vida del afectado, ya que esta actitud crea indefensión, que es una de las bases de la depresión.

Un afrontamiento correcto consiste en una aceptación activa de los acúfenos, es decir, darles la cara y adoptar medidas que reduzcan la ansiedad que nos generan.

Los fármacos más prescritos para tratar la ansiedad son las benzodiazepinas, cuyo efecto es rápido y actúan sobre el componente fisiológico de la ansiedad. Los ansiolíticos mejoran la sintomatología de forma notoria pero no resuelven el problema. Además a medio plazo pueden provocar problemas de tolerancia y a largo plazo problemas de dependencia. El control médico riguroso debe estar presente en todo empleo de fármacos y debe evitarse la automedicación, el abandono de la medicación por decisión propia y la modificación de las dosis prescritas.

DEPRESIÓN

El trastorno depresivo provocado por los acúfenos, sus características, sus síntomas y sus implicaciones son idénticos a los que presenta cualquier trastorno depresivo, cualquiera que sea su origen y las consecuencias para el afectado y para los suyos son las mismas en todos los casos.

La depresión se define como una disminución de la actividad vital, que comporta un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sensaciones de desesperación y falta de motivación, y un estado emocional patológico que se caracteriza por sentimientos de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y falta de esperanza. De la definición anterior se desprende que la depresión es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al ánimo, a la manera de pensar, al sueño, a la alimentación y a la autoestima. No debe confundirse la depresión con un estado pasajero de tristeza; ya que es un estado del cual el afectado no puede librarse fácilmente, y que de no afrontarse con el tratamiento debido, sus síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Evaluación del trastorno depresivo

Es necesario someter a la persona a una evaluación con el objeto de identificar su estado de tristeza que puede ser normal y obedecer a una reacción a determinadas situaciones que se presentan a lo largo de la vida, o por el contrario puede ser patológica lo que significa que la persona ha contraído una depresión. La evaluación se realiza me-

diante una entrevista personal que debe extenderse al afectado, y a las personas que conviven con él; y si vive solo con las personas que le conocen. El enfermo de depresión suele distorsionar la realidad y perder objetividad a causa de su enfermedad. Se realizan asimismo distintos tests psicológicos para cuantificar en la medida de lo posible el grado de afectación.

Tipos de depresión

- Depresión severa. Consiste en una combinación de síntomas que producen una capacidad severa para trabajar, estudiar, dormir, comer y experimentar placer.
- Distimia. Es un tipo de depresión de menor gravedad que incluye signos crónicos que incapacitan en menor grado, pero que interfieren en el funcionamiento y bienestar de la persona. La distimia puede alternarse con episodios depresivos severos, aunque una distimia prolongada no tiene porque conducir a una depresión severa.
- Trastorno bipolar. Es menos frecuente que los otros dos trastornos depresivos y se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que comportan fases de euforia o de ánimo elevado (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Estos cambios del estado de ánimo suelen ser graduales, pero en algunos casos son rápidos y muy dramáticos.

Causas de la depresión

- Factores genéticos. Hay mayor riesgo de padecer depresión cuando existe una historia familiar de depresión, sin embargo no es seguro que las personas con historia familiar de depresión vayan a contraer la enfermedad.
- Factores bioquímicos. La bioquímica cerebral juega un papel significativo. Las personas con depresión presentan desequilibrios en determinadas sustancias en el cerebro.
- Ambiente y otros factores de estrés. La pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos o un cambio significativo en la vida. El inicio de una depresión está asociado en ocasiones al inicio de una enfermedad física aguda o crónica.
- Rasgos de personalidad. Las personas que presentan determinadas características como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control ante las circunstancias y adversidades de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.

Síntomas de la depresión

La depresión se identifica por estado de ánimo triste, ansioso o «vacío» persistentes sentimiento de desesperanza y pesimismo, sentimiento de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades con las que antes disfrutaba, incluyendo la actividad sexual; disminución de la energía, fatiga, agotamiento y sensación de estar en «cámara lenta», dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones; insomnio, despertar más temprano o dormir más de lo debido; pérdida de peso, de apetito o de ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumentar el peso; pensamientos de muerte y suicidio, inquietud, irritabilidad; síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

El papel de la familia en la depresión

La depresión afecta en primer lugar a quien la padece, pero alcanza también a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo.

Para ayudar a una persona deprimida es muy importante informarse acerca de esta enfermedad y de su tratamiento. Sobrellevar junto a otra persona un episodio depresivo puede ser una experiencia difícil. Es muy difícil, prácticamente imposible, para una persona que nunca experimentó un trastorno depresivo conocer el grado de desvaloración, desamparo y desesperación en que se halla sumida la persona deprimida. No obstante lo anterior, el familiar o el amigo debe ofrecer a la persona deprimida empatía y comprensión, debe escuchar, informar y aconsejar sin juzgar. Simplemente, estar ahí a su lado, puede mejorar el curso de la enfermedad.

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

Conviene asimismo reforzar positivamente a la persona deprimida debido a que, a menudo, se siente sin valor e insiste en sus propios fallos, fracasos y defectos. Se refuerza recordándole sus cualidades y sus capacidades y cuánto significa para usted. Hay que conseguir que la persona deprimida incremente sus actividades. Para ello hay que invitarla a hacerlo, pero sin «empujar» y sin esperar resultados en poco tiempo. También se le debe recordar sin insistencia la importancia del ejercicio y de una dieta sana.

Los familiares de las personas con trastorno depresivo deben saber que la depresión no es resultado de un fallo en el carácter, que el enfermo no es una persona débil o un «vago» y que no es simplemente «pasar una mala época». Estos enfermos sufren enormemente y nunca ni en ninguna ocasión pretenden engañar a nadie y ni tan solo exagerar sus síntomas. No pueden hacer nada por evitarla, al igual que otra persona que no puede evitar sufrir de diabetes o de artritis.

Cuidar al cuidador

La persona que cuida a un enfermo de depresión debe tener en cuenta lo siguiente:

- Atender sus propias necesidades no representa en absoluta ser egoísta.
- Necesita salir, distraerse, relacionarse con los demás y no aislarse.
- Pedir ayuda, y si la ofrecen no dudar en aceptarla.
- Tener presente que el cuidador no puede con todo.
- La risa y la alegría son fundamentales para su bienestar y para la vida del enfermo.
- Si tiene la suerte de sentirse bien «en medio del temporal» no debe avergonzarse de ello.

- Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan.
- Cuidar a una persona depresiva puede ser la causa de una depresión.
- Observe sus síntomas y consulte a un especialista si tiene dudas.

Tratamiento farmacológico de la depresión

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias en el cerebro. Los fármacos antidepresivos actúan aumentando alguna de estas sustancias a través de distintos mecanismos de acción. Estos fármacos no provocan tolerancia ni dependencia.

El tratamiento farmacológico, en todos los casos, deberá ser prescrito y controlado por el médico.

Tratamientos cognitivos

El denominado modelo cognitivo de Beck se basa en que las personas con tendencia a la depresión tienen esquemas y estructuras cognitivas que las predisponen a una visión negativa de sí mismas, su relación con el mundo y con respecto al futuro. Esta forma distorsionada de percibir la realidad determina los cambios de comportamiento y emocionales que comporta la depresión. Estos esquemas son representaciones de experiencias pasadas que están guardadas en la memoria y operan como filtros en el análisis de la información que están recibiendo.

Algunos ejemplos de distorsiones que muestran como la persona antepone los esquemas que representan experiencias guardadas en su memoria a la información que realmente está recibiendo:

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

La terapia a seguir consiste en detectar estos esquemas cognitivos erróneos y ponerlos de manifiesto, a base de enfrentarlos con la realidad para que el paciente se de cuenta de su error. No se trata de convencer al paciente, ya que él lo tiene que entender y reconocer por sí solo y debe darse cuenta de sus distorsiones.

Los objetivos de esta terapia son eliminar los síntomas y la prevención de las recaídas.

Tratamientos conductuales

Están dirigidas a aumentar el nivel de actividad del paciente. La inactividad es muy frecuente en el trastorno depresivo y es necesario invitar al paciente a que, poco a poco

y de forma gradual, aumente el número y la intensidad de las actividades diarias. Hay que marcarle objetivos que sean posibles, debido a que una vez que los haya alcanzado, su autoestima, que está muy deteriorada por la enfermedad, aumentará y con ella la sensación de que va controlando la situación.

El paciente no debe esperar a estar mejor para iniciar su actividad y cumplir objetivos, ya que esta sensación se experimentará pocas veces, debe esforzarse e incrementar gradualmente su nivel de actividad dentro de lo posible y en función de la evolución de la enfermedad.

Consideraciones finales

- La depresión es una enfermedad.
- Los síntomas son siempre los mismos y son independientes de las causas que los han originado. Es decir, el trastorno depresivo que puedan haber generado los acúfenos tiene las mismas características que el generado por cualquier otra causa.
- Una vez se haya establecido la enfermedad, ésta no desaparecerá aunque lo haga la causa que la originó.
- El tratamiento debe combinar farmacología con técnicas cognitivas y conductuales.
- No medicarse no es ser más fuerte, es simplemente desconocer lo que es la depresión.

INSOMNIO

El sueño (como acto de dormir) es un estado de reposo uniforme del organismo. En contraposición con el estado de vigilia (cuando la persona está despierta), el sueño se caracteriza por bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.

Al dormir no somos conscientes del mundo que nos rodea, no obstante, en este período de tiempo tienen lugar gran número de hechos que resultan esenciales para nuestra salud.

Es sabido que toda persona necesita dormir, siendo el número necesario de horas de sueño muy variable de unas personas a otras. La media diaria puede considerarse que debe ser de siete horas y media, aunque existe un rango que oscila desde cuatro horas diarias (personas poco «dormidoras») a diez horas diarias (personas muy «dormidoras»), debiéndose considerar normal cualquier valor entre cuatro y diez horas diarias de sueño.

Para determinar si una persona duerme lo suficiente es irrelevante considerar las horas al día que duerme. La calidad del sueño la determina principalmente la forma en la que se encuentra al despertar a la mañana siguiente.

El trastorno del sueño más generalizado es el insomnio, que puede ser de inicio del sueño, de mantenimiento del sueño o de ambos: inicio y mantenimiento. Casi siempre

el insomnio es debido a la ansiedad, la depresión, el estrés y los malos hábitos a la hora de acostarse, aunque hay que considerar otros factores que pueden perturbar la calidad del sueño como: alteración del ritmo circadiano, factores hormonales, problemas de próstata, roncar, síndrome de las piernas inquietas y causas médicas.

En el insomnio de iniciación la persona afectada no puede iniciar el sueño y tarda más de 30 minutos en dormirse. En el insomnio de mantenimiento la persona afectada se despierta durante la noche, una o varias veces. Otras situaciones son las de las personas que se despiertan definitivamente de manera precoz, es decir se despiertan muy «temprano», mucho antes de lo que hubieran querido, y por ello su tiempo total de sueño es escaso.

Generalmente la ansiedad es causante del insomnio de iniciación, y la depresión lo es del de mantenimiento. Estos trastornos afectan a la calidad del sueño a través de mecanismos muy complejos y para comprenderlos es preciso conocer previamente cuales son las fases del sueño.

Los ciclos y fases del sueño se observan mediante un conjunto de registros electrofisiológicos denominado polisomnografía (electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma del cuello). Esta observación permite identificar la existencia de tales ciclos y de sus fases diferenciadas entre sí.

El estudio de los registros anteriores permite saber que a lo largo de la noche se repiten distintos ciclos, todos ellos de una duración aproximada de noventa minutos. A su vez cada uno de estos ciclos se divide en cuatro fases.

El proceso para alcanzar el sueño se inicia con la vigilia activa, sigue con un estado de transición e inmediatamente se inicia el primer ciclo, el cual tiene cuatro fases diferenciadas.

La transición de la vigilia activa a la primera fase del primer ciclo se ve alterada por la ansiedad, de forma que el período de transición no llega a establecerse y la persona se mantiene largo tiempo en vigilia activa, es decir sufre un insomnio de iniciación.

En la persona que ha alcanzado el sueño, después de la transición se inicia el primer ciclo (compuesto de cuatro fases distintas con una duración total aproximada de noventa minutos) y luego siguen varios ciclos como el primero, de noventa minutos de duración y también compuestos por cuatro fases. Estos ciclos a partir del segundo tienen una diferencia con respecto al primer ciclo, consistente en que la primera fase de cada uno de ellos constituye un sueño caracterizado por movimientos oculares rápidos (sueño MOR), pérdida de tono muscular, contracción ocasional de los músculos de las extremidades, algún grado de erección del clítoris o del pene y un incremento de la actividad de las ondas cerebrales que alcanzan una actividad parecida a la de las ondas en vigilia.

Para nuestro propósito las fases segunda y tercera de cada ciclo son irrelevantes. La fase primera (sueño MOR) se supone que es necesaria para mantener la salud mental

de la persona, para mantener los niveles habituales de motivación y para procesar los recuerdos. En la cuarta fase el organismo descansa y se recupera de los esfuerzos del día anterior.

Puede resumirse lo anterior afirmando que en la primera fase (sueño MOR en todos los ciclos excepto en el primero) se alcanza el equilibrio mental y en la cuarta fase (en todos los ciclos) se consigue el descanso del organismo.

¿Descansaríamos más si durmiéramos más horas?

No. Una vez transcurridos siete u ocho horas de sueño, los ciclos anteriormente descritos varían con respecto a lo expuesto y ya no presentan las fases primera ni la cuarta, y solo presentan las fases segunda y tercera. Es decir ya no se mejora el equilibrio mental (no hay fase primera o sueño MOR) ni se obtiene un mayor descanso por el organismo (no hay fase cuarta).

¿Debe tratarse el insomnio?

Si el rendimiento de la persona que duerme poco es normal y no tiene problemas durante el día, no es necesario afrontar un tratamiento del insomnio. En el caso contrario, cuando la persona que duerme poco tiene problemas como los que se indican a continuación es indispensable que realice un tratamiento para curar su insomnio. Los problemas aludidos son: el no poder dormir le produce irritación e incluso un estado de desesperación y puede ser el origen de diversas incomodidades como cansancio, somnolencia, dificultad para concentrarse y para recordar, tener poca tolerancia ante los pequeños problemas cotidianos, disminución del rendimiento en el trabajo, empeoramiento de las relaciones familiares y sociales, dormirse a destiempo o inoportunamente, disminución de la sensación de bienestar, accidentes frecuentes (incluidos los de tráfico), etc.

Siempre que sea posible, el tratamiento del insomnio será etiológico, es decir deberá dirigirse a tratar el trastorno subyacente, o sea el motivo del insomnio, lo que requiere identificarlo y tratarlo. Los insomnios transitorios y los de corta duración desaparecen al aliviarse las causas que los originan y no son objeto de este texto.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos hipnóticos constituyen un recurso ampliamente utilizado para el tratamiento sintomático de los pacientes con insomnio. Su indicación principal es el insomnio transitorio o de corta duración y asimismo se utilizan intermitentemente en el insomnio crónico.

Sea cual sea el caso debe recomendarse un tratamiento de corta duración (días o semanas), con el fin de reducir el riesgo de dependencia, y en todo caso debe ser un tratamiento prescrito y controlado por el médico.

Deberá prestarse especial atención a los fenómenos de **tolerancia**, que es la necesidad de ir aumentando con el tiempo la dosis del fármaco para obtener el mismo resultado, y de **dependencia**, cuando el fármaco ya no tiene efecto alguno, pero no puede dejar de tomarse debido a que si no se toma puede provocar un efecto rebote o síntoma de abstinencia.

El fármaco más prescrito son las benzodiazepinas, que pueden dar lugar a problemas de tolerancia y de dependencia, y que alteran el patrón del sueño. Aumentando la duración de las fases segunda y tercera de cada ciclo en detrimento de las fases primera (sueño MOR) y cuarta, lo que da lugar a que la persona que toma estos fármacos se levanta con la cabeza «embotada» y sin haberse recuperado físicamente.

Tratamiento NO farmacológico

Los recursos no farmacológicos para tratar el insomnio son: higiene del ciclo sueño-vigilia, control de estímulos, restricción del sueño, técnicas de relajación y terapias cognitivas.

Higiene del ciclo sueño-vigilia

Hay que tener expectativas realistas de sueño. La persona con insomnio se tranquiliza al tener conciencia de que dormir poco, o menos de lo que estima necesario, no le produce cansancio ni somnolencia durante el día, al saber que la duración del sueño disminuye con la edad, y que en muchas ocasiones el insomnio es autolimitado, es decir que se termina o desaparece sin hacer nada especial.

Conviene seguir las siguientes reglas:

- 1.** No estar en la cama más del tiempo necesario para dormir. Acostarse cuando se tenga sueño y levantarse todos los días a la misma hora. No dormir durante el día.
- 2.** Evitar la cafeína ya desde la tarde, y evitar el consumo de alcohol antes de intentar dormir.
- 3.** Reducir el consumo de tabaco.
- 4.** Hacer ejercicio con regularidad, preferentemente por la mañana y no más tarde de las 16 horas, es decir, evitar la actividad física intensa a las horas previas de ir a la cama.
- 5.** En las horas previas a las de ir a dormir, realizar actividades que ayuden a reducir la actividad del organismo (leer, ver televisión, etc.).
- 6.** Evitar comidas y cenas pesadas (de digestión difícil).
- 7.** Reducir el consumo de líquidos después de cenar (para evitar tener que ir al baño por la noche), y en todo caso tomar un vaso de leche, ya que contiene triptófano que puede ayudar a conciliar el sueño.
- 8.** Establecer comportamientos rutinarios que puedan llegar a asociarse con la conducta de dormir (tomar un baño caliente, beber un vaso de leche, lavarse los dientes, ponerse el pijama, programar el despertador a la hora prevista, practicar ejercicios de relajación, leer un rato, apagar la luz, etc.).
- 9.** Cuidar el ambiente de la habitación en la que se duerme. En lo posible programar

la temperatura más agradable, evitar que entre la luz del exterior o de las otras habitaciones de la casa, procurarse una buena cama y cuando se comparte controlar la conducta del compañero/a.

10. Evitar preocupaciones en la cama. Programar un tiempo durante el día, siempre a la misma hora y en el mismo lugar. Si surge una preocupación por la noche, acordarse de que durante el día siguiente podrá contemplarse durante el tiempo dedicado a las preocupaciones.

11. No tomar medicación para dormir salvo en casos excepcionales. Consultar al médico cuando para el tratamiento de otros trastornos se tomen medicamentos que puedan dificultar el sueño.

Control de estímulos

1. Acostarse para dormir únicamente cuando tengamos sueño.

2. No realizar ninguna actividad en la cama que no sea dormir (no ver televisión, no comer, no pensar en problemas o cosas que deba hacer, no leer durante mucho tiempo, etc.). La actividad sexual es la única excepción a esta norma, y cuando se produzca deberán seguirse las presentes instrucciones cuando intente dormirse.

3. Si pasado un tiempo (30 minutos aproximadamente) desde que se metió en la cama con la intención de dormir no lo ha conseguido, levántese y vaya a otra habitación.

4. Si siguiendo la norma anterior ha tenido que levantarse e ir a otra habitación, una vez en ésta realice una actividad relajante como leer o oír música (música relajante se entiende). Regrese a su cama solo cuando empiece a sentir que tiene sueño.

5. Si una vez haya regresado a la cama sigue sin dormir, repita la operación anterior tantas veces como sea necesario.

6. Si tras quedarse dormido se despierta durante la noche y permanece de 30 minutos sin conciliar el sueño, ponga en práctica las instrucciones anteriores.

7. Prepare su despertador para que suene todas las mañanas a la misma hora y levántese en cuanto suene la alarma, con independencia del tiempo que haya dormido durante toda la noche.

Restricción del sueño

Consiste en reducir el tiempo pasado en la cama intentando que sea lo más cercano posible al tiempo estimado de sueño.

Un ejemplo puede aclarar la norma anterior. Si pasamos 9 horas en la cama pero solo dormimos 6 horas y estamos despiertos 3 horas, en las cuales nos ponemos nerviosos y creamos o aumentamos nuestra ansiedad; tomamos la decisión de permanecer en la cama solo 6 horas y media (media hora más de lo que dormimos por el tiempo que tardamos en dormirnos). Cuando el tiempo que permanecemos en la cama se equipare al tiempo que realmente dormimos podremos ir incrementando el tiempo deseable en la cama hasta conseguir una duración de sueño óptima.

Esta técnica pretende producir un estado de ligera privación de sueño, el cual a su vez producirá un inicio del sueño más inmediato y mejorará la continuidad y profundidad del sueño.

Técnicas de relajación

Se ha explicado que la ansiedad genera el insomnio, en especial el de iniciación. Es recomendable aprender y practicar técnicas de relajación: respiración diafragmática, relajación progresiva y autohipnosis, que se describen en lo que sigue.

Técnicas cognitivas

Detención del pensamiento. Se entrena pidiendo al paciente que evoque sus pensamientos más recurrentes a la hora de dormir, y después de 30 segundos el terapeuta grita la palabra «iparei» para interrumpir el pensamiento. La acción se repite cinco veces. Luego se le pide al paciente que interrumpa sus propios pensamientos gritando «iparei» para luego hacerlo de manera subvocal.

La focalización cognitiva consiste en pensar en una serie de objetos neutrales (por ejemplo: una ventana, una silla), y al concentrarse en evocarlos detalladamente se espera que el paciente termine con sus pensamientos preocupantes y se induzca el sueño.

La intención paradójica supone que una parte del problema son los intentos para tratar de dormir y la ansiedad que produce el fracaso. Se pide al paciente que haga lo contrario, es decir, que permanezca despierto durante el mayor tiempo posible y, en algunos casos, haga algo desagradable o aburrido en lugar de intentar dormir.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE HABITUACIÓN A LOS ACÚFENOS

El presente texto se refiere exclusivamente a un tratamiento del que se espera que la persona afectada aprenda a convivir con sus acúfenos sin que afecten a su calidad de vida, y no se refiere en absoluto a la posible curación o eliminación de los acúfenos.

El tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos incluye las acciones siguientes:

- Visita a los médicos especialistas.
- Evaluación del estado de ánimo.
- Si se aprecia trastorno psicológico, prescripción de tratamiento.
- Estudio de la personalidad.
- Reestructuración cognitiva.
- Afrontamiento.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en autohipnosis.
- Evaluación de los resultados.
- Seguimiento.

La habituación es un proceso continuo que avanza a medida que se cumplen todas y cada una de las fases del tratamiento de habituación a los acúfenos. Al final del proceso el acúfeno seguirá existiendo pero no lo percibiremos.

Día tras día serán más y más las horas en la que se olvidarán los acúfenos y poco a poco dejarán de ser el mayor centro de interés de la persona afectada, y permitirán concentrarse en las actividades diarias y vivir la vida en paz, calma y tranquilidad, en otras palabras, recuperar la calidad de vida perdida por causa de los acúfenos.

Visita a los médicos especialistas

Antes de empezar una terapia de habituación es imprescindible que el afectado haya sido visitado por el otorrinolaringólogo, e incluso por el otoneurólogo, para descartar cualquier enfermedad, lesión o trastorno que pudiera ser la causa de los acúfenos, y que de no tratarse a tiempo pueda poner en peligro su salud, por ejemplo, la presencia de un tumor.

Evaluación del estado de ánimo y si se aprecia trastorno, prescripción de tratamiento

El objetivo es la habituación, y no es posible habituarse a un estímulo (los acúfenos en este caso) que nos esté provocando un trastorno del estado de ánimo, con la cual si se detecta la existencia de tal trastorno habrá que prescribir tratamiento.

Es frecuente que el afectado por acúfenos se muestre nervioso, triste e irritable, pero hay que distinguir si estas emociones son normales y reactivas al problema o por el contrario han alcanzado el grado de patológicas y se ha desarrollado un trastorno emotivo.

No hay que confundir el nerviosismo con la ansiedad, ni la tristeza con la depresión, aunque la tristeza suele ser el estado de ánimo habitual en la depresión.

Estudio de la personalidad

Hay que ajustar el tratamiento a las características personales del afectado, es decir a su personalidad, con el objetivo de aumentar su eficacia y conseguir los mejores resultados con el menor tiempo posible. Para ello es preciso realizar un exhaustivo estudio de la personalidad, ver si en ella aparecen rasgos de ansiedad o de depresión, conocer como la persona percibe el mundo, cuales son sus emociones, si es aversiva, etc.

Reestructuración cognitiva

Suele ser necesario llevar a cabo una profunda reestructuración cognitiva. Se trata de técnicas destinadas a que el afectado cambie una serie de ideas erróneas que tiene sobre los acúfenos y sus consecuencias, elimine miedos irracionales, cambie pensamientos desadaptativos, mejore la capacidad de enfrentamiento ante el estrés y ante los acontecimientos vitales en general. Se pretende que el afectado tenga una información correcta sobre su trastorno. Saber lo que pasa y porque pasa aumenta la sensación de control.

Estas ideas erróneas refuerzan el miedo y aumentan la ansiedad, lo que a su vez comporta un aumento de la percepción de los acúfenos y retrasan y dificultan el proceso de habituación.

La reestructuración cognitiva sobre los acúfenos debe realizarse con la mayor profundidad posible, ya que se ha demostrado que es una acción determinante en el proceso de habituación.

Afrontamiento

Hay que afrontar los acúfenos, hay que darles la cara, no cabe esconderse de ellos si se desea habituarse. El miedo y las conductas de evitación dan como resultado una fobia, y nunca será posible habituarse a un estímulo fóbico. Si el afectado ya ha adquirido una fobia a los acúfenos tendrá que someterse a una desensibilización sistemática con el propósito de eliminarla.

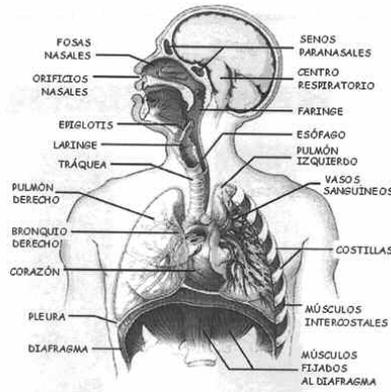
Hay que diferenciar afrontamiento de enfrentamiento. Enfrentarse a un estímulo que no se puede vencer no hace más que generar frustración cuya consecuencia es la ansiedad. Tampoco hay que aceptarlo de una forma sumisa, ya que ello produce indefensión que es la puerta de la depresión. Hay que afrontar no enfrentarse.

Entrenamiento en relajación

La relajación es un estado de reposo físico y mental en el cual los músculos están totalmente distendidos y la mente libre de preocupaciones. Este estado se alcanza mediante el aprendizaje y aplicación de un conjunto de técnicas, entre las que destacan la relajación a través de la respiración y la relajación progresiva.

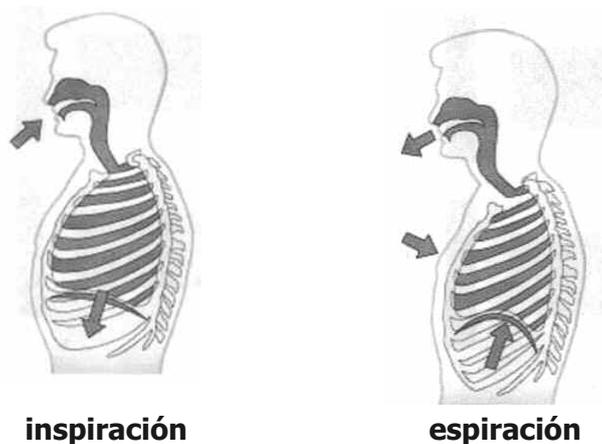
RELAJACIÓN A TRAVÉS DE LA RESPIRACIÓN

El aparato respiratorio está constituido fundamentalmente por los pulmones que están localizados en el interior del tórax. Las costillas forman la caja torácica delimitada en su base por el diafragma que separa el tórax del abdomen, y que es el músculo más importante de los que intervienen en la respiración. El diafragma se contrae al inspirar y desciende permitiendo que los pulmones se llenen de aire, y en consecuencia el abdomen se distiende hacia fuera. Al espirar el vientre se mete hacia dentro, y el diafragma se relaja y asciende, lo que provoca la contracción pulmonar y la expulsión del aire al exterior.



aparato respiratorio

En la inspiración cuando el diafragma desciende el tórax aumenta su tamaño, permitiendo que así los pulmones se hinchen realmente, mientras las costillas se levantan y separan entre sí. En la espiración el diafragma sube, presiona los pulmones y da lugar a que se expulse el aire por las vías respiratorias. En este caso las costillas descienden y su separación se reduce disminuyendo el volumen del tórax.



Tipos de respiración

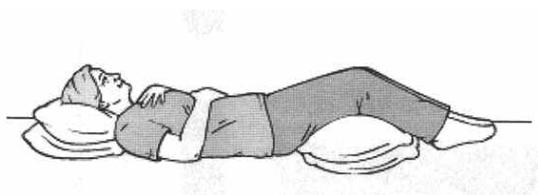
- 1.** Respiración clavicular. Es muy superficial, incompleta y poco efectiva. Durante la inspiración los hombros y las clavículas se elevan mientras que el abdomen se contrae. Debe hacerse un gran esfuerzo para obtener una cantidad de aire muy reducida.
- 2.** Respiración torácica. Se realiza por los músculos intercostales expandiendo el tórax y, como la anterior, constituye un tipo de respiración incompleta y poco efectiva.
- 3.** Respiración diafragmática. Cuando se realiza profundamente es la más aconsejable, ya que lleva el aire a la parte más baja y a la vez más amplia de los pulmones. La respiración es lenta y profunda, con lo que se efectúa un uso adecuado del diafragma.

Respiración completa

La respiración completa debe combinar los tres tipos de respiración, llevando en primer lugar el aire a la zona del vientre luego a la del estómago y finalmente al pecho. Todo lo anterior debe hacerse en una misma inspiración. La espiración será pausada y sin brusquedades. Conviene realizarla con los labios bastante cerrados con el fin de que produzca un sonido tenue que informa para poder regularla adecuadamente.

Respiración diafragmática. Entrenamiento

Paso 1. Ponerse boca arriba en una superficie plana o en la cama, con las rodillas flexionadas y con un soporte en la cabeza (siempre que no implique tensión cervical). Puede utilizarse una almohada bajo las rodillas para soportar las piernas. Colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra simplemente debajo de la caja torácica. Esta posición permite seguir el movimiento del diafragma al respirar.



Paso 2. Inspirar lentamente a través de la nariz (por espacio de 3 segundos), haciendo ascender el estómago. La mano en la parte superior del pecho deberá permanecer tan quieta como se pueda. Retener el aire por un espacio de 3 a 4 segundos.



Paso 3. Espirar el aire por la boca, lo que provocará el movimiento descendente del estómago. Debe hacerse por un espacio de 6 segundos, con los labios levemente cerrados como si se soplara suavemente (espiración sonora). La mano en la parte superior del pecho deberá permanecer tan quieta como sea posible.



En la práctica de la respiración diafragmática con el fin de evitar sensación de ahogo o de mareo hay que retener el aire después de la inspiración durante 3 o 4 segundos y descansar unos 4 segundos entre dos ciclos respiratorios; y si a pesar de ello aparecen molestias de ahogo o mareo, hay que interrumpir el ejercicio y en pocos instantes los síntomas habrán desaparecido.

Cuanto más tiempo se dedique a este ejercicio antes se adquirirá un buen hábito respiratorio. Es aconsejable practicarlo como mínimo 3 vces al día durante 5 a 10 minutos, realizando un mínimo de 40 respiraciones diarias.

¿Por qué relaja la respiración?

Con la respiración diafragmática se mueve el abdomen y con él todos los miembros contenidos en su interior, hecho que estimula el nervio vago, que es el responsable de la puesta en marcha del sistema nervioso autónomo parasimpático, el cual se relaciona con los estados de paz y tranquilidad, en definitiva estados de relajación.

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Jacobson, en 1928, ideó un procedimiento de relajación consistente en distintos ejercicios en los que el sujeto debe tensar y relajar de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El procedimiento se simplificó en 1996 reduciendo el número de ejercicios pero manteniendo la esencia del planteamiento inicial. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente, cuando las identifique ponga en marcha las habilidades adquiridas para reducirlas, es decir se relaje.

Para esta relajación el ambiente debe ser tranquilo, libre de distracciones, temperatura confortable y tenue iluminación. No debe usarse ropa ni calzados u otros objetos como gafas, relojes, joyas, etc. que opriman o molesten.

En la primeras fases se recomiendan posiciones de «tumbado» sobre superficie dura con una elevación de 5 cm como máximo bajo la cabeza y los brazos colocados a ambos lados del cuerpo o descansando sobre los muslos, o «sentado» en un sillón con apoyabrazos que permita apoyar la cabeza, los pies apoyados en el suelo y los brazos sobre la parte superior de los muslos con las palmas de la mano hacia abajo. También puede emplearse la posición de «cochero», que se consigue sentado en silla o banco sin respaldo, con el cuerpo hacia delante de forma que los antebrazos se apoyen sobre los muslos, algo separados, y mantengan el peso del tronco.

Entrenamiento de la relajación progresiva

Se ha preparado un programa de relajación breve y específico como parte del tratamiento de habituación que incluye varios ejercicios a combinar con la respiración diafragmática. Consiste en realizar los ejercicios que se describen sobre brazo dominante, brazo no dominante, cara, cuello, hombros, tronco, pierna dominante y pierna no dominante.

En todos los ejercicios hay que seguir los pasos siguientes:

- Inspirar tensando los músculos que se indican posteriormente y retener el aire mientras se mantiene la tensión. En la espiración el músculo tensado se relaja.
- Los tiempos deben ser aproximadamente: inspirar durante 3 segundos, retener el aire otros 3 segundos y espirar durante 6 segundos. Descansar 4 segundos entre un ejercicio y el siguiente.
- Cada uno de los 22 ejercicios que se describen debe realizarse 2 veces seguidas.
- A medida que avanza el proceso y por tanto la relajación, los tiempos de retención del aire, la espiración y la pausa entre ejercicios se hacen más prolongados y la inspiración se mantiene constante.

Descripción de los ejercicios

Brazo dominante: manos/antebrazos/bíceps

- 1.** Con el brazo extendido apretar el puño.
- 2.** Empujar el codo contra el brazo del sillón.
- 3.** Con el brazo extendido abrir la mano lo máximo posible.

Brazo no dominante: manos/antebrazos/bíceps

Los mismos ejercicios que con el brazo dominante.

Frente, cuero cabelludo, ojos y nariz

- 4.** Se levantan las cejas tan alto como se pueda.
- 5.** Se aprietan los ojos al mismo tiempo que se arruga la nariz.

Boca y mandíbula

- 6.** Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas.
- 7.** Se aprietan los labios hacia fuera.
- 8.** Se abre la boca.

Cuello

- 9.** Se gira hacia la derecha.
- 10.** Se gira hacia la izquierda.
- 11.** Se dobla hacia delante.
- 12.** Se dobla hacia atrás.

Hombros, pecho y espalda

- 13.** Se levantan los hombros hacia arriba, como haciendo un gesto de «no saber que pasa»
- 14.** Hombros hacia atrás intentando juntar los omoplatos.
- 15.** Hombros hacia delante, como si se quisiera abrazar a alguien.

Abdomen

- 16.** Se mete hacia dentro conteniendo la respiración.
- 17.** Se mete hacia fuera conteniendo la respiración.

Pierna y muslo miembro dominante

- 18.** Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del suelo.
- 19.** Alternativa: con la pierna estirada se gira el pie hacia delante.

Pierna y muslo miembro no dominante

Los mismos ejercicios que en el miembro dominante.

Pantorrilla miembro dominante

- 20.** Con la pierna estirada se dobla el pie hacia arriba.

Pantorrilla miembro no dominante

El mismo ejercicio que en el miembro dominante.

Pie miembro dominante

- 21.** Se doblan los dedos hacia arriba.
- 22.** Se doblan los dedos hacia abajo.

Pie miembro no dominante

Los mismos ejercicios que en el miembro dominante.

Cada uno de los ejercicios descritos debe realizarse dos veces consecutivas. El ritmo de la práctica será el que marque la respiración. Recuérdese: 3, 3, 6 y 4 segundos. La práctica debe realizarse dos veces al día. Hay que evitar crear tensiones en zonas musculares lesionados o con dolor. En estas zonas se sustituirá el ejercicio por un recorrido mental.

Con el fin de reducir en el futuro la duración de la práctica descrita es aconsejable poner en práctica la relajación condicionada, que consiste en realizarla acompañada de una música y de un olor. En todas las ocasiones hay que emplear una misma música y un mismo olor, ya que música y olor son estímulos con un poder de asociación muy grande. Con ello al cabo de un cierto número de ensayos la mente asociará la música y el olor a la relajación, y bastará con oír la música y sentir el olor para experimentar la relajación.

La relajación así descrita es la puerta abierta a la desensibilización sistemática y a la autohipnosis.

La desensibilización sistemática se utiliza en el tratamiento de las fobias. Se pide al paciente que haga una relación gradual, de menor a mayor, de su estímulo fóbico. Por ejemplo, si la fobia es a los gatos (fobia común) el nivel más bajo de la relación podría ser ver un gato a través de la televisión (este sería el nivel 0), y el más alto, quizás, cuando un gato está a poca distancia y se dirige hacia él (nivel 10). El afectado deberá definir las situaciones 1,2,3,... hasta llegar a la de máximo nivel. Después se relaja al paciente y se le presentan en imaginación la relación de estímulos fóbicos hasta que su visualización no le genere ningún grado de ansiedad.

RELAJACIÓN A TRAVÉS DE LA IMAGINACIÓN (AUTOHIPNOSIS)

No es una terapia, sino una técnica que permite reducir el tiempo de terapia, ya que facilita el acceso a nuestro inconsciente, grabando imágenes mentales que ayuden a conseguir el objetivo que se persigue, es decir la habituación a los acúfenos. En otras palabras, es posible habituarse sin necesidad de la autohipnosis, pero su utilización reduce el tiempo del tratamiento. De la descripción del tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos podría creerse que su objetivo es la autohipnosis, lo cual no es cierto ya que la autohipnosis es solo un medio para alcanzar el objetivo que es la habituación. En otras palabras, es posible habituarse a los acúfenos sin necesidad de autohipnosis, pero en este caso la duración de la terapia sería mayor.

Habituación y autohipnosis

¿Qué es lo que justifica el empleo de la autohipnosis?. Es el ahorro de sufrimiento, tiempo y dinero para habituarse. ¿Podrá aplicarse a todas las personas?. No, la autohipnosis no podrá aplicarse a personas que hayan experimentado o estén experimentando trastornos psicóticos consecuencia de una enfermedad mental (esquizofrenia), una depresión mayor con alucinaciones o motivada por el consumo de sustancias psicoactivas.

La autohipnosis es una técnica que permite acceder al inconsciente, entendiendo por inconsciente aquel lugar del cerebro donde reside toda la información que no está presente en la conciencia. La analogía con el ordenador es ilustrativa; el inconsciente es el disco duro que almacena toda la información, experiencias y emociones recogidas a lo largo de la vida. Si toda esta información se manifestara a la vez provocaría un colapso de nuestro sistema cognitivo. Es lo mismo que ocurriría con un ordenador si se quisiera abrir todos los archivos a la vez.

Una persona tiene recuerdos de sus padres ya fallecidos, pero tales recuerdos no aparecen permanentemente en su pensamiento, es decir, los tiene almacenados en alguna parte: en su inconsciente. Un estímulo determinado: una palabra, una imagen, un sonido, un olor, etc., le recordará a sus padres o sea que elicitará (dará respuesta) a su recuerdo.

Cuando se aprende algo se automatiza y pasa a formar parte del inconsciente. Estos automatismos sirven para realizar la tarea aprendida sin emplear recursos atenciona-

les. Cuando una persona ha aprendido a conducir, realiza la conducción del automóvil de forma automática sin prestar atención a los distintos movimientos necesarios para conducir.

La autohipnosis clínica nada tiene que ver con la hipnosis-espectáculo, ya que la persona autohipnotizada no pierde nunca la conciencia ni su propio control; y en dicho estado el sistema nervioso central continua realizando sus funciones, una de las cuales es dar respuesta de ansiedad (lucha o huida) ante cualquier peligro potencial.

El inconsciente y las emociones

Las emociones aparecen como reacción involuntaria a los estímulos del ambiente, y normalmente desaparecen cuando lo ha hecho la fuente que los ha originado; no obstante, hay ocasiones en las que quedan grabadas en nuestro inconsciente asociadas a determinadas situaciones. Cabe preguntarse: ¿por qué ocurre esta asociación?. La respuesta es que se trata de emociones intensas, aversivas o repetitivas.

Intensas. Cuando una persona ha recibido el impacto de una emoción fuerte: sufrir un ataque de pánico, un accidente grave, un ataque terrorista, etc. la intensidad de la emoción es tan elevada que puede quedar asociada a la situación y a los estímulos presentes en el momento en que se experimentó el impacto.

Aversivas. Un solo ensayo puede ser suficiente para condicionar una aversión al sabor. Si en una ocasión sienta mal un determinado alimento que produce vómitos, diarrea o fiebre, la mente asociará alimento y vómitos, diarrea o fiebre, y durante mucho tiempo o incluso siempre, será imposible volver a ingerirlo.

Repetitivas. Aunque sean emociones de escasa intensidad, si representan dos estímulos simultáneamente un elevado número de veces, su asociación se producirá automáticamente. Para el fumador que todos los días después del desayuno fuma un cigarro, éste se ha convertido en imprescindible y el deseo de fumar el cigarro después de desayunar aparecerá siempre.

La sugestión

Las asociaciones entre emociones y determinadas situaciones son la base de gran número de sugestiones, que consisten en la creencia de que algo va a ocurrir aunque no se tenga para ello ninguna explicación lógica ni razonada en la que apoyar dicha creencia. Su actuación es condicional y automática (sin mediar la razón): si ocurre tal cosa ... entonces ocurrirá otra; ejemplos: si tomo la pastilla entonces me dormiré; si tomo café en la cena entonces me costará conciliar el sueño.

La sugestión se produce debido a que la asociación entre la emoción y la situación determinada está grabada en el inconsciente (es un automatismo), pudiendo ser positivas o negativas, aunque generalmente se presta más atención a las negativas.

¿Cómo entran estas asociaciones en el inconsciente?

En la edad adulta entran a través de la razón, ya que ésta es la que crea las emociones. Las consecuencias que aparecen por tener acúfenos (posibles trastornos del estado de ánimo) dependen mucho más de las creencias que se tengan sobre los acúfenos que de los propios acúfenos. De ahí la importancia de realizar una buena reestructuración cognitiva, es decir de estar informados sobre la naturaleza de los acúfenos.

En la infancia las emociones se graban directamente en nuestro inconsciente debido a no tener desarrollado aún un sistema cognitivo (no existe uso de la razón) Cualquier mensaje que reciba el niño quedará grabado directamente. De ahí la importancia capital de la educación en el ser humano.

Imágenes mentales. Sugestionabilidad

Si la asociación que hemos descrito (emociones asociadas a determinadas situaciones) tiene forma de imagen mental, el efecto de la sugestión es mucho mayor. ¿Cómo obtener **sugestiones positivas**? Grabando en el inconsciente nuevas imágenes mentales que ayuden a conseguir las sugestiones que interesen. Se trata de redirigir la atención, o sea dirigirla hacia las imágenes mentales más convenientes.

Se entiende por sugestionabilidad el grado en que afectan las sugestiones. Varía de unas personas a otras, y en una misma persona depende de su actividad mental. Las mujeres suelen ser más receptivas a experimentar sugestiones que los hombres (o sea que se pueden beneficiar más de la autohipnosis). Entre los hombres, los jóvenes tienen mayor sugestionabilidad que los mayores, y las personas con estudios o actividades humanistas son más sugestionables que las que tienen actividades más técnicas. En una misma persona la sugestionabilidad varía de acuerdo con su actividad mental (vigilia, estado relajado o estado hipnótico). Es en estado hipnótico cuando una persona está más abierta a sugestiones. En todos los estados se podrán grabar mensajes en el inconsciente, pero la mayor efectividad se alcanzará en estado hipnótico. Atención: decimos estado hipnótico, no trance hipnótico.

¿Cómo se puede acceder al inconsciente?

Puede hacerse indirectamente a través de la razón o directamente dejando al consciente distraído (publicidad), bloqueado (mantra) o relajado (autohipnosis). En cada una de estas situaciones aflora el inconsciente.

La publicidad distrae el consciente para evitar el análisis y la crítica del producto anunciado. Cuando ofrecen un automóvil de gama alta, el sujeto podría razonar que le gusta y pero que es muy caro y que lo son también mantenimiento, consumo, seguro, coste de la financiación de la compra, etc., y con el anuncio distraen su atención con bellos paisajes o anuncios que no se entienden. De este modo resulta más fácil que el producto, el automóvil en este caso, entre en el inconsciente.

Otras forma de aflorar el inconsciente consiste en dejar bloqueado el consciente. Un ejemplo es la repetición de una misma frase una y otra vez (mantra) que impide el análisis y el razonamiento. En todas las religiones existen mantras. La persona que practica el mantra experimenta un bienestar fruto de la aparición del inconsciente y de todo su contenido (musicalidad, creatividad, emocionalidad, etc.).

La opción terapéutica más efectiva es la tercera: la relajación. Relajarse significa dejar al consciente «dormido» (relajado). Este es el objetivo que se persigue con la autohipnosis.

Métodos para inducir un estado hipnótico

Existen muchos métodos, pero aquí nos apoyamos en la relajación progresiva y en la relajación en imaginación.

Para grabar mensajes en el inconsciente puede hacerse en estado de vigilia, después de haber realizado una relajación progresiva o al final de un proceso de autohipnosis. El proceso es más eficaz al final de un proceso de autohipnosis, puede hacerse después de la relajación progresiva pero no es eficaz en estado de vigilia.

Tipos de mensajes para la habituación

Son específicos para cada persona y deben potenciar sugerencias positivas. En los mensajes relacionados con la respiración conviene visualizar el proceso de la respiración sin importar de que forma, ya que cada cual la realizará en la forma que más le sugiera. Por ejemplo, al inspirar, los pulmones se llenan de aire fresco y puro y al retenerlo se reparte por todo el cuerpo y al espirar por la boca sale todo el aire viciado y arrastra los acúfenos. Los mensajes de «enterramiento» consisten en imaginar que se entierran los acúfenos bajo la arena de la playa o bajo el agua del mar; con esta acción se entierra el sonido y cuantas más veces se entierre antes desaparecerá. Los mensajes de identificación del ruido de los acúfenos consisten en imaginar que este ruido es uno más de los muchos ruidos que proceden del exterior.

Cómo y cuando hay que realizar un proceso de autohipnosis

Inicialmente hay que realizar un proceso de relajación, ya que resultará muy difícil realizar un viaje a través de la imaginación si la mente está inquieta. Cualquier método de relajación es válido pero el recomendado es la relajación progresiva.

Para realizarlo puede utilizarse el CD Autohipnosis que contiene un proceso de autohipnosis. Al final del proceso hay un espacio en silencio de 5 minutos, destinado a grabar mentalmente los mensajes positivos seleccionados: respiración, enterramiento, reconocimiento de los acúfenos como un sonido exterior o cualquier otro mensaje.

Los mensajes seleccionados deben repetirse una y otra vez. Estos mensajes se grabarán en el inconsciente y ello permitirá no percibir los acúfenos a pesar de que sigan existiendo.

Nota relativa a la obtención del CD Autohipnosis. El lector puede descargarlo entrando en la página web www.psychoacufenos.com, pinchar en Técnicas de Relajación y a continuación en Autohipnosis.

PLAN DE TRABAJO PARA LA HABITUACIÓN

1ª semana. Practicar la respiración diafragmática tres veces al día (mañana, mediodía y noche), con una duración de 5 a 10 minutos en cada sesión. Este entrenamiento tiene como objetivo aprender de forma correcta esta respiración, que se puede aplicar en todas las ocasiones en las que se note que aumenta la ansiedad. También es la respiración a aplicar al practicar la relajación progresiva.

2ª, 3ª y 4ª semanas. Practicar la relajación progresiva dos veces al día (una de ellas al acostarse). Recuérdese que para condicionar esta relajación es conveniente escuchar música y sentir un olor mientras se practica, **siempre la misma música y el mismo olor**. Con ello se consigue asociar el estado de relajación a esta música y a este olor, y después de tres semanas de practicarla correctamente ya no hará falta realizar todo el proceso para la relajación. **Simplemente escuchando la música y sintiendo el olor y realizando diez respiraciones diafragmáticas ya se alcanzará el estado de relajación.** Este estado es necesario para poder iniciar la siguiente fase del proceso: la autohipnosis.

A partir de la 5ª semana. Practicar autohipnosis. Escuchar el CD, en el cual en los cinco minutos finales sólo se oye música, tiempo en el que hay que grabar en la mente los mensajes para acelerar la habituación. Estos mensajes se graban por repetición, de forma que el mensaje escogido se repetirá mentalmente una y otra vez hasta que el CD llegue al final. Los mensajes son propios de cada persona, y para decidir cuales son los más indicados es preciso el estudio de la personalidad que ya se ha explicado. Se citan a continuación algunos mensajes-tipo que pueden ser de utilidad.

Respiración. Imaginar que al inspirar aire, éste penetra por la nariz hasta llenar por completo la cabeza, se retiene durante 4 segundos y al espirar sale el aire y se lleva los acúfenos.

Enterramiento. Imaginar que se entierra el acúfeno en la arena de la playa, debajo del mar o en cualquier otro lugar y que al mismo tiempo se entierra su sonido.

Ruido exterior. Imaginar que el sonido de los acúfenos en realidad es un ruido que proviene del exterior.

A las cuatro semanas, aproximadamente, de haber empezado la autohipnosis se empiezan a notar los efectos de la **habituación**.

CONCLUSIONES

Es fácil que el lector tenga una actitud incrédula o reservada ante lo expuesto. Cuesta entender lo importante que puede ser la respiración para relajarse, y cuesta también comprender que la práctica de ejercicios como los descritos al exponer la relajación progresiva puede dar lugar a la relajación deseada, necesaria para afrontar las consecuencias de los acúfenos y otras situaciones estresantes.

No hablemos de lo difícil que pueda parecerle al lector lo de autohipnotizarse y grabar mensajes para desterrar los acúfenos. Muchas personas conocen la hipnosis vista en el mundo del espectáculo, en el que se realizan representaciones en las que la persona hipnotizada está a merced del hipnotizador, quien se presenta como una persona con poderes para influir en la conciencia y en la voluntad del hipnotizado. Estas creencias, falsas, pueden influir negativamente en el afectado e interferir en el proceso de autohipnosis; y por ello el lector que se proponga habituarse a sus acúfenos deberá despojarse de ellas.

Solo queda añadir que existen numerosos testimonios de personas afectadas por acúfenos que gracias al tratamiento psicológico de habituación conviven con sus ruidos sin que les resten calidad de vida.

Lector, si decide habituarse podremos darle la bienvenida al mundo de la paz, la calma y la tranquilidad.