APAT 47
Diciembre 2017

Publicación trimestral editada por APAT Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus
Calle Providència, 42. Hotel de Entidades de Gràcia. 08024 Barcelona
Tel. 699 067 743 y 619 690 030 * jims@es.inter.net * www.acufenos.org

Sumario

1. Tratamiento de musicoterapia para personas afectadas por tinnitus tonal 1
2. Información sobre un fármaco que puede ser ototóxico 5
3. ¿Puede la melatonina aliviar el sonido percibido del acúfeno? 6
4. El impacto del tinnitus y de la hiperacusia ..... 7.
5. La importancia de nuestros pensamientos sobre los acúfenos y la hiperacusia 11
6. Las causas de la variación de la intensidad del acúfeno percibida 14
7. Como ayudar a las personas que tienen tinnitus 15
8. Martín Lutero tenía acúfenos 16
9. Programa de Actividades de AMAT Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus 2107 17

Tratamiento de musicoterapia para personas afectadas por tinnitus tonal
Basado en el Modelo Heidelberg de Neuro-Musicoterapia

Como continuación a los artículos publicados en las revistas Apat 40, Apat 41 y Apat 46, a partir del mes de junio de 2016 la Asociación APAT impulsó un estudio en colaboración con la musicoterapeuta Laura Gascueña Rubio. El tratamiento musicoterapéutico está basado en el modelo ***Heildelberg Neuro-Music Therapy*** que tiene lugar en la Universidad de Heidelberg de Alemania, para el tratamiento del tinnitus tonal crónico y como tratamiento para la prevencion de la cronificación del tinnitus de reciente aparición, implementado y evaluado desde 2004.

En esta publicación, exponemos los resultados definitivos de dicho estudio. Esta información ofrecida es un resumen del informe final del estudio en el que se recogen todos sus aspectos.

El modelo terapéutico incorpora e integra técnicas y estrategias destinadas a una reorganización neuronal acompañado de procedimientos para consolidar los resultados a un nivel emocional, todo ello para asegurar la reducción duradera de los síntomas de tinnitus. Con este fin, la intervención se estructura en módulos de tratamiento específicos que se integran en un manual musicoterapéutico a corto plazo (ver tabla 1) en 9 sesiones de una hora de duración:

Tabla 1. **Manual resumido del Modelo Heidelberg de Neuro-musicoterapia.**

Módulo	Factores de trabajo propuestos
1. Asesoramiento	FG: Asesoramiento, formación integral personal individualizada, motivación a la terapia.
	FE: Exteriorización del tinnitus (establemiento de un tono subjetivamente equivalente al tono del tinnitus por medio de un generador de ondas sinusoidales), conversión musical a la escala heptatónica.
2. Entrenamiento en Resonancia	FE: Recuperar la confianza en la propia audición; enmascaramiento activo del sonido del tinnitus; aumento de la circulación sanguínea, la estimulación correcta de la vía auditiva a través de las inervaciones somatosensoriales.
3. Entrenamiento de la Corteza Neurológica Auditiva	FE: Desvío de atención, aumento de las capacidades discriminativas auditivas, mejora de las habilidades auditivas.
	FE: Reorganización neuronal de la representación tonotópica en la corteza auditiva.
4. Reacondicionamiento al tinnitus	FE: Relajación física y regulación de los procesos fisiológicos.
	FE: Entrenamiento subliminal de filtrado auditivo; manejo autoeficiente de las reacciones físicas en la percepción del tinnitus.
	FG: Identificación de factores inespecíficos.

FE: Factor de trabajo especifico (propuestos específicamente en el modelo de musicoterapia).
FG: Factor de trabajo no especifico (factores generales).

El tratamiento de musicoterapia fue ofrecido a los socios de APAT mediante publicaciones en las revistas números 40 y 41. En dichas publicaciones se ofrecía información general acerca del Modelo Heidelberg de Musicoterapia así como un primer cuestionario inicial de selección. Para decidir si los participantes eran elegibles para este estudio, se sometieron a una entrevista personal, cuestionarios y pruebas iniciales siendo seleccionados según el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Los participantes elegidos estaban afectados de tinnitus crónico, que pudiera ser compilado musicalmente (tinnitus tonal de frecuencia perceptible y nítida), sin comorbilidad psiquiátrica, con pérdida de audición en audiometría de tonos puros no superior a 60 dB HL en la región de la frecuencia estimada del tinnitus y que la severidad del tinnitus fuera de ligera a moderada.

De las 17 personas interesadas que fueron evaluadas inicialmente, un total de 8 personas cumplieron los requisitos de inclusión en el tratamiento. Finalmente, colaboraron en el estudio un total de 6 participantes.

Al finalizar el tratamiento de musicoterapia y a los seis meses de su finalización, todos los participantes tuvieron la oportunidad de evaluar su satisfacción respecto a la terapia, la relación terapéutica, los módulos de tratamiento y el resultado subjetivo de la terapia.

Medición de los resultados

La evaluación de los síntomas de tinnitus se ha realizado en tres ocasiones, al inicio de la terapia («PRE»), inmediatamente después de la terapia («POST») y a los seis meses de la finalización de la terapia («FU»), mediante la versión castellana de F. Zenker y J.J. Barajas del Tinnitus Questionnaire (TQ; Goebel G y Hiller W, 1994) que mide la gravedad y la angustia individual relacionada con el tinnitus.

Resultados

Resultado de la medición del tinnitus (puntuaciones generales TQ)

El análisis de las puntuaciones globales del TQ reveló una reducción PRE-POST tratamiento significativa[1] y, por tanto, una mejora de los síntomas, reducción que se mantiene a los seis meses de la finalización del tratamiento o anàlisis FU.

La reducción general en las puntuaciones del TQ para los/as participantes en el tratamiento de musicoterapia puede explicarse por cambios positivos significativos especialmente en las subescalas «estrés emocional», «estrés cognitivo», «estrés psicológico», «intrusividad», «trastornos del sueño» y «malestar somático». Estos resultados se muestran en la figura 1.

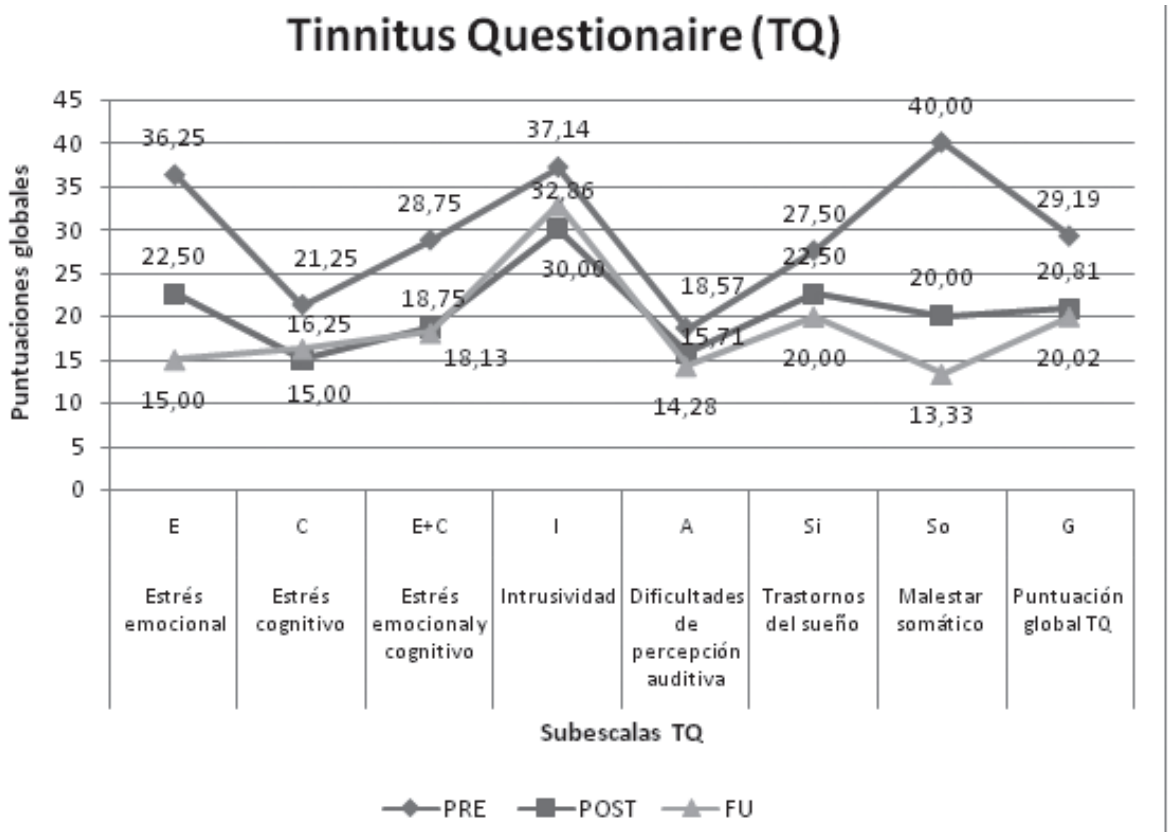


Figura 1. **Puntuaciones globales según el Tinnitus Questionaire al inicio del tratamiento (PRE), finalización del tratamiento (POST) y a los seis meses de la finalización del tratamiento (FU).**

Los cambios individuales en el TQ

De acuerdo con el concepto de significación clínica, el 83% de los participantes logró una reducción confiable en sus puntuaciones del TQ desde el ingreso al alta del tratamiento y por lo tanto podría ser categorizado como «respondedor» al tratamiento. A un nivel subjetivo, según cuestionario de satisfacción sobre la aplicación de la terapia, el 50% de las personas tratadas con la terapia musical consideró que sus síntomas han mejorado significativamente y el 50% no observó cambios significativos a la finalización de la terapia; ningún participante ha afirmado estar peor a la finalización del tratamiento.

1. El criterio seguido para seleccionar los cambios individuales se evaluaron de acuerdo con el concepto de significación clínica utilizado por la Universidad de Heidelberg. Cualquier paciente que tiene diferentes puntuaciones de más de 5,8 puntos entre dos puntos de medición ha logrado un cambio clínicamente relevante, ya sea una mejora confiable (una reducción de más de 5,8 puntos) o un deterioro fiable (aumento de más de 5,8 puntos).

Variación en el tono subjetivo del tinnitus

En cuanto a la variación en el tono subjetivo del tinnitus al momento de la finalización del tratamiento, el 33,3% de los participantes experimentó una disminución constante significativa en la frecuencia subjetiva del tinnitus, el 16,6% experimentó una disminución constante no significativa en la frecuencia del tinnitus y el 50% no ha percibido cambios en la frecuenia del tinnitus. Ninguno de los participantes ha percibido un aumento subjetivo en la frecuencia del tinnitus percibida. Las frecuencias medidas en las consecutivas sesiones de musicoterapia se recogen en la figura 2:

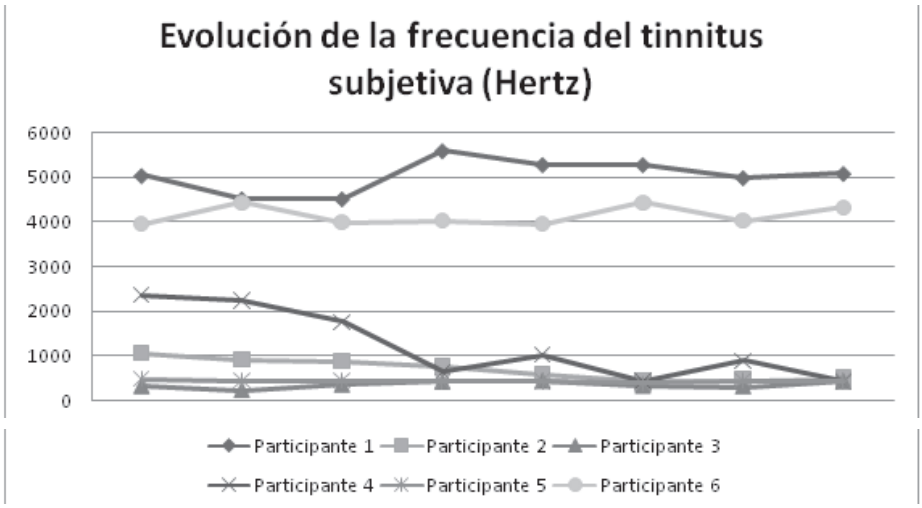


Figura 2. **Frecuencias subjetivas individuales del tinnitus.**

Según valoración subjetiva a los seis meses de la finalización del tratamiento, del 33,3 % de los participantes que experimentó una disminución constante significativa en la frecuencia subjetiva del tinnitus al momento de la finalización de la terapia, un 16,6% ha experimentado un empeoramiento de la percepción del tinnitus y un 16,6% ha mantenido el nivel de mejoría alcanzado a la finalización de la terapia. Este nivel de mejoría se mantiene respecto al 16,6% de los participantes que experimentó una disminución constante no significativa en la frecuencia del tinnitus.

Evaluación de los elementos terapéuticos

En la tabla 2 se recogen las puntuaciones globales otorgadas al nivel de satisfacción con los elementos terapéuticos a la finalización del tratamiento:

Tabla 2. **Nivel global de satisfacción con los elementos terapéuticos**.

	Asesoramiento inicial	Entrenamiento en resonancia	Entrenamiento de la Corteza Neurológica Auditiva	Reacondicionamiento al tinnitus	Diálogo terapéutico
Valoración global de los módulos	9,67	8,67	7,67	8,17	9,33

Escala del 1 al 10 (1 Nada útil – 10 Muy útil)

El **Modelo Heidelberg de Neuro-Musicoterapia** es un tratamiento esencialmente activo, lo que requiere la realización de los ejercicios propuestos con la periodicidad recomendada para garantizar su eficacia. En este sentido, durante el tratamiento, el nivel de implicación de los participantes ha sido variable, así como en los seis meses porteriores a la finalización del tratamiento. Este hecho puede haber afectado a los resultados del estudio.

Conclusión

Alrededor del 83% de los participantes logra una disminución fiable de la patologia del tinnitus en el curso de la terapia musical según las puntuaciones del TQ y, de forma subjetiva, la mitad de los participantes describen que sus síntomas de tinnitus «han mejorado» después de la terapia. Ningún participante ha sufrido un empeoramiento de su tinnitus al momento de la finalización del tratamiento.

Autora: Laura Gascueña Rubio

En el caso de que alguna persona esté interesada en realizar la terapia o solicitar el informe del estudio para su consulta puede dirigirse a la Asociación APAT o a la musicoterapeuta Laura Gascueña Rubio en el e-mail: laura.gascuena@gmail.com.

Información sobre un fármaco que puede ser ototóxico

Hemos recibido un correo en demanda de ayuda e información firmado por Marta, cuyo contenido literal es el que sigue:

Hola,

Mi pareja fue al psiquiatra por ansiedad y pensamientos obsesivos. El psiquiatra le recetó Elontril (ahora sabemos que es ototóxico) y al cabo de un mes le empezaron los acúfenos. Se puso en internet a investigar y fue peor. Dejó de tomar las pastillas. No solucionó el problema sino que el psiquiatra lo empeoró. El psiquiatra le dijo que era un efecto secundario y que los acúfenos remitirían. Él me comenta que es una putada porque puede ser que los acúfenos remitan, pero la paranoia ya está hecha. Él es hipocondríaco y obsesivo. Tengo que ir con mucho cuidado con las palabras que utilizo con él para no obsesionarle con el tema, ni preguntarle, ni decirle a nadie.

NECESITO AYUDA: Como pareja, ¿Cómo puedo ayudarlo? ¿Qué le puedo decir para animarlo? ¿Tenéis alguna entrada de consejos para los familiares, cómo debemos actuar? ¿Cómo ayudarlo a dejar de tener miedo? Con mi pareja quedamos que "aguantaría" 15 días para ver si remite, si no iremos a un especialista otorrino en acúfenos o psicólogo especialista en psicoacúfenos.

Muchas gracias, seguro me ayudáis en algo. Saludos a todos,

Marta

Como no podía ser de otra forma, ayudaremos a Marta y a su pareja en todo lo que esté en nuestra mano.

El fármaco mencionado Elontril no aparece en el listado de fármacos ototóxicos que preparamos a finales del 2014 y que nos proponemos revisar a finales del año 2018. Podría ser que sea un fármaco de reciente aparición, o bien que de tal fármaco no había información sobre su ototoxicidad en 2014 o bien que Elontril sea un nombre comercial que corresponda a un principio activo de otro nombre, por lo que hemos consultado a las autoras de nuestro informe ACÚFENOS Y FÁRMACOS y nos indican lo siguiente:

Elontril es uno de los nombres comerciales con los que se vende el fármaco Bupropion, que es un antidepresivo que figura en el informe preparado en 2014, y que con frecuencia produce acúfenos.

Saber a priori si el efecto ototóxico remitirá cuando el cuerpo haya eliminado todo el fármaco ingerido o bien si se mantendrá, constituye una información desconocida. Es cierto que gran parte de los fármacos ototóxicos cesan su efecto cuando el paciente deja de tomarlos, pero hay algunos, los derivados del ácido acetil-

salicílico por ejemplo, que si se han tomado algún tiempo, tienen un efecto ototóxico permanente. Véase una información contenida en Apat46 relativa a dos personas con acúfenos que tomaron Adiro (un derivado del acetilsalicílico) cuyos efectos ototóxicos han perdurado.

Nos consta que algunos profesionales, sobre todo algunos otorrinolaringólogos, piensan y dicen que nuestro informe Acúfenos y Fármacos, y otros que existen en otros países y en otros idiomas, son una exageración en cuanto a la ototoxicidad de los fármacos que se mencionan. Cada cual es libre de pensar, e incluso de decir, lo que estime oportuno, pero convendría tener en cuenta que los testimonios de afectados por acúfenos que creen que el origen o el empeoramiento de sus acúfenos se debe a fármacos prescritos para dolencias distintas del acúfeno, aumentan continuamente. Por otra parte, **ni los autores del informe ni nuestra asociación afirmamos que los fármacos que se mencionan serán necesariamente ototóxicos, ya que lo que reiteramos una y otra vez es que tales fármacos constituyen un riesgo de ototoxicidad para quienes los toman**.

Téngase en cuenta además, que las informaciones sobre ototoxidad procedentes de los estudios previos a la autorización de comercialización de los fármacos, corresponden a la apreciación de los participantes en el estudio, que suelen ser personas sin acúfenos, y que para los que ya estamos afectados la prescripción de uno de estos fármacos podría ser que nuestra predisposición a sufrir efectos ototóxicos sea superior a la de los que no tienen acúfenos.

La conclusión de todo lo anterior es que el Bupropion (que se vende con el nombre comercial Elontril, y puede que con otros nombres) es ototóxico ocasionando acúfenos en muchos casos, y que los que tenemos acúfenos debemos tenerlo en cuenta para evitarlo, ya que no tenemos necesidad de correr un riesgo cuando existen otros antidepresivos que pueden realizar el mismo efecto que el Bupropion.

¿Puede la melatonina aliviar el sonido percibido del acúfeno?

Transcribimos un resumen de un estudio llevado a cabo en el *Department of Otolaryngology* en la *School of Medicine* de la *Wayne State University,* USA, para determinar la eficacia de la melatonina en el tratamiento del acúfeno.

Objetivos. Determinar la eficacia de la melatonina oral en el acúfeno crónico, y determinar a qué grupos de pacientes con acúfenos puede producir mayores beneficios.

Método. Se trata de un estudio prospectivo, aleatorizado, a doble ciego, realizado en un ambulatorio en el que existen áreas de otorrinolaringología y de neurología. Pacientes adultos con acúfenos crónicos fueron aleatoriamente dispuestos en dos grupos: el grupo de estudio recibió 3 mg de melatonina todas las noches a lo largo de 30 días, y el grupo control recibió un placebo al mismo tiempo. Se midieron los resultados 30 días después de realizado el tratamiento. Posteriormente se repitieron los dos períodos de 30 días, pero en esta repetición los pacientes del grupo de estudio pasaron al grupo de control, y los del grupo de control al grupo de estudio. Al terminar cada uno de los períodos de 30 días los pacientes se sometieron a los test *Tinnitus Severity Index*/ Índice de Severidad del Acúfeno (TSI), *Self Rated Tinnitus*/ Percepción Subjetiva del Acúfeno (SRT), *Pittsburgh Sleep Quality Index*/ Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), y *Beck Depression Inventory*/ Prueba de la Depresión de Beck (BDI).

Resultados. Completaron el estudio un total de 61 pacientes. En los pacientes del grupo de estudio se observó un descenso significativo en los resultados de los test indicados, en relación con los del grupo control. Se observó que los pacientes que obtuvieron una respuesta positiva a la melatonina fueron los hombres (más que las mujeres), los pacientes con acúfenos bilaterales, y los que habían estado expuestos a ruidos intensos. La ausencia de depresión y/o ansiedad al inicio del tratamiento se observó que estaba relacionada con una mejora en el acúfeno y en el sueño con el empleo de melatonina.

Conclusiones. La melatonina muestra un descenso estadísticamente significativo en la intensidad del acúfeno percibida, y aumenta la calidad del sueño en pacientes con acúfeno crónico. La melatonina es más efectiva en hombres sin antecedentes de depresión, en los que no han realizado tratamientos anteriores contra el acúfeno, en los acúfenos severos y bilaterales y en los casos en los que se han originado por exposición al ruido (obreros metalúrgicos, músicos, militares en acción, etc.).

¿Qué es la melatonina?

Es una hormona que se encuentra en seres humanos, animales, plantas, hongos y bacterias, así como en algunas algas; en concentraciones que varían de acuerdo al ciclo diurno/nocturno. La melatonina es sintetizada a partir del aminoácido esencial triptófano. Se produce, principalmente, en la glándula pineal, y participa en una gran variedad de procesos celulares, neuroendocrinos y neurofisiológicos, como controlar el ciclo diario del sueño

En los humanos se produce una síntesis constante de melatonina que disminuye abruptamente hacia los 30 años de edad. Se ha observado que la melatonina tiene, entre otras funciones, regular el reloj biológico y disminuir la oxidación. Los déficits de melatonina pueden ir acompañados de insomnio y depresión y podrían provocar una paulatina aceleración del envejecimiento.

Existen alimentos que contienen precursores de la melatonina. Entre los más comunes están la avena, las cerezas, el maíz, el vino tinto, los tomates, las patatas, las nueces, las ciruelas y el arroz.

La melatonina se vende en farmacias y parafarmacias con diferentes presentaciones y se emplea como alternativa a plantas medicinales o fármacos de prescripción para combatir el insomnio, debe emplearse con precaución pues no está exenta de efectos secundarios, y no se tiene experiencia sobre sus efectos a largo plazo, **recomendándose por ello el consejo del médico.** El tratamiento del insomnio debe individualizarse según las condiciones de cada paciente.

Nota. En el mercado existen 2 preparados que contienen melatonina y cuyos fabricantes los recomiendan para el alivio del acúfeno: son Audiovit y Sonovit. Seguramente se venden otros preparados que nosotros desconocemos.

El impacto del tinnitus y de la hiperacusia

El tinnitus, como es bien sabido, es la percepción de un sonido que no es debido a una fuente externa. No es una enfermedad, sino un síntoma. Para la persona afectada por tinnitus, los trastornos no los genera el tinnitus propiamente sino los efectos desencadenados por la percepción de dicho sonido. Téngase en cuenta que estamos rodeados de sonidos que no nos afectan lo más mínimo ya que podemos ignorarlos. Si en el caso del tinnitus fuéramos capaces de asimilarlo a un sonido exterior como los que nos rodean, su percepción no tendría consecuencias negativas.

Dado que esta asimilación no suele ser lo habitual, en las personas con tinnitus puede ser útil conocer de una forma clara y ordenada las consecuencias de la percepción del tinnitus, con objeto de que cada uno reflexione sobre las mismas y trate de corregirlas con su propio esfuerzo. El conocimiento efectivo de un problema suele ser el inicio de su solución.

En el caso de la hiperacusia, que consiste en la percepción dolorosa de los sonidos a partir de determinadas intensidades de los mismos, las consideraciones anteriores son de aplicación.

Es habitual que las personas con tinnitus argumenten que los que dicen que soportan su tinnitus sin problemas en realidad no tienen tinnitus, sino simplemente que oyen un sonido que pueden manejar tanto en su intensidad como en el tiempo. Esto, que parece correcto, no es lo que la evidencia nos explica.

Las evidencias puestas de relieve por la investigación y la experiencia clínica señalan que mientras unas personas sufren por su tinnitus, otras personas con el mismo tinnitus se encuentran casi perfectamente. Aceptar este hecho, implica que aunque se trate de un tinnitus incomodante hay posibilidades de que la persona que lo sufre pueda llegar a sentirse perfectamente.

Cabe añadir que para algunas personas el sufrimiento del tinnitus ocasiona un profundo cambio en su vida, ya que el tinnitus se transforma en el foco de su mundo y, si además tienen hiperacusia, su mundo se reduce debido a los ruidos externos.

El efecto que el tinnitus y la hiperacusia tienen en los que los sufren, es debido a que desencadenan una cadena de acontecimientos, que pueden agruparse en cuatro:

– Pensamientos, con impacto en la atención y en la concentración.
– Nivel de estrés aumentado.
– Humor afectado.
– Comportamiento afectado e impacto en la familia y en el trabajo.

Pensamientos

Cuando la persona es consciente de su tinnitus, en muchas ocasiones y especialmente cuando el tinnitus percibido sufre un cambio, piensa sobre lo que le está ocurriendo. El contenido exacto de estos pensamientos varía de una persona a otra. Algunos no se afectan, pocos, pero la mayor parte tiene pensamientos angustiosos. Las personas que están afectadas por su tinnitus tienden a tener pensamientos que reflejan desesperación, falta de esperanza, pérdida de alegría, deseos de paz y quietud y creencia que los demás no les comprenden. Otros pensamientos muy comunes son resentimiento sobre la persistencia de su tinnitus, un deseo de escapar del problema, y muy a menudo, temores sobre su salud. Ha habido escasa investigación sobre los pensamientos de los que tienen hiperacusia aunque son similares a los descritos.

Si el paciente ocupa mucho tiempo pensando en su tinnitus, puede resultarle difícil tratar de pensar en otras cosas. El 70% de las personas afectadas por su tinnitus dice que tiene dificultados para concentrarse. Dicen que les cuesta leer, sea el periódico sea un libro, o seguir un programa de TV. Algunos reconocen que les cuesta participar en conversaciones con otros lo que dificulta su socialización. Hay quien piensa que el tinnitus hace imposible las actividades sociales, y algunos creen que el tinnitus les dificulta focalizarse en su trabajo lo que significa que necesitan mayor tiempo de descanso.

Una cuestión muy importante es saber si estas dificultades en la concentración son debidas al tinnitus o a otros factores, como cambios en su humor, aumento del estrés o al insomnio. Sobre esta cuestión ha habido muy poca investigación, pero la explicación más creíble es que aunque su capacidad de concentración sea elevada se ve bloqueada tanto por su tinnitus propiamente como por estos otros factores que pueden ser consecuencia del tinnitus.

Como hemos dicho el tinnitus puede situarse en el centro de su mundo. Existe evidencia que muestra que su atención puede seguir centrada en el tinnitus en lugar de centrarla en otros elementos, aunque trate de que no sea así. El proceso es en parte automático y en parte está bajo su control.

– La parte automática condiciona su sistema auditivo dando prioridad al tinnitus sobre otras cosas.
– La parte que la persona puede controlar incluye cosas como comprobar los cambios de su tinnitus en intensidad y frecuencia, compararlo con otros sonidos (como con un reloj, ordenador, motor de automóvil, ruido del aire acondicionado), tratando de averiguar lo que siente (cansancio, irritación, ansiedad) o viendo si puede hacer cosas como tratar de leer, de dormir, o cualquier actividad que se proponga en las que fracasaba.

Controlar la atención selectiva es una habilidad que la persona debe tratar de adquirir. Mantener el foco en lo que le interesa aunque se encuentre ante una amenaza. Aunque poder seleccionar el foco de atención

es vital para todo el mundo, hay que reconocer que resulta difícil hacerlo en el caso del tinnitus lo cual lo hace tan intrusivo.

El proceso de atención selectiva también puede tener lugar en los casos de hiperacusia. El foco de la atención se encuentra en el ruido. Nuevamente el proceso es en parte automático y en parte bajo el control de la persona con hiperacusia, la cual automáticamente está pendiente de los ruidos que pueda percibir.

Téngase en cuenta que este proceso: mantener la atención en el tinnitus o en la hiperacusia no es inevitable. Muchas personas con tinnitus son capaces de concentrarse en lo que desean, y olvidarse de su tinnitus. Por ello, es aconsejable a las personas con tinnitus que traten de controlar sus pensamientos de forma que no les domine su tinnitus. Para ello, si es preciso, deben buscar la ayuda de un terapeuta, generalmente un psicólogo, que pueda explicarle y enseñarle los mecanismos mentales a emplear para apartar su tinnitus de su foco de atención.

Estrés

Los pensamientos preocupantes inevitablemente conducen a un aumento de su nivel de estrés, lo que puede producir cambios físicos en el cuerpo, como un aumento de las hormonas del estrés, alteración del ritmo cardíaco y aumento de la tensión muscular, lo cual ha sido objeto de una intensa investigación. Si los músculos se tensionan excesivamente pueden llegar a doler, normalmente experimentado como dolor de cabeza, en el cuello o en la espalda. Otros síntomas muy comunes son contracción estomacal, náuseas, cardialgia, un aumento de la frecuencia y de la intensidad de las contracciones intestinales y sudación.

Muchas personas con tinnitus experimentan dolores alrededor de los oídos, e incluso una sensación de presión interna en los oídos.

Dado que el inicio del estrés tiene lugar en el cerebro, muchos estudios se han enfocado a comprobar si el tinnitus está asociado a cambios en el cerebro, habiendo encontrado aumento de actividad no solo en las áreas del cerebro involucradas en la actividad acústica sino también en otras áreas, en particular las relacionadas con las emociones.

La conclusión es que el estrés resultante del tinnitus está asociado a la excitabilidad neuronal en varias áreas del cerebro.

Altos niveles de estrés generan insomnio, que es uno de los problemas asociados al tinnitus más preocupantes.

El paciente que observe los síntomas del estrés debe buscar ayuda de un profesional, generalmente de un psicólogo o de un psiquiatra, ya que el estrés es tratable y puede superarse con éxito.

Humor

Otra consecuencia de los pensamientos preocupantes provocados por el tinnitus son la generación de emociones angustiosas, en particular ansiedad y depresión.

Los cambios en el humor a causa del tinnitus son importantes no en todos los casos. Un estudio mostró que el 78% de los pacientes que recibieron atención médica por causa del tinnitus, podían ser considerados en estado de depresión, en términos psiquiátricos, aunque otros estudios señalaban porcentajes inferiores. Sin embargo, la investigación y la experiencia clínica nos indica que la angustia experimentada es real.

La relación entre ansiedad, depresión y tinnitus se ha reconocido siempre, algunos estudios recientes describen una relación entre el tinnitus y un desorden de estrés de naturaleza postraumática. También es conocido que la hiperacusia conduce a altos niveles de ansiedad y depresión. Véase en la tabla que sigue los síntomas de la depresión y de la ansiedad.

Tabla 3. **Síntomas habituales de depresión y de ansiedad**

Síntomas comunes de depresión	Síntomas comunes de ansiedad
Malhumor, a menudo peor al despertar y por la noche	Incomodidad abdominal
Pérdida de interés	Diarrea
Pérdida de placer	Boca seca
Irritabilidad	Aumento del ritmo cardíaco
Sueño agitado	Tensión muscular
Pérdida de autoestima	Tensión o dolor en el pecho
Rechazo de la actividad social	Respiración entrecortada
Pérdida de energía, cansancio	Vértigo
Despertar más temprano de lo habitual	Deseo de orinar con frecuencia
Pérdida de la líbido	Dificultad para tragar
Apetito alterado, igual come mucho que no come nada	Alteración del sueño, especialmente en el momento de dormirse
Pensamientos de suicidio	Irritabilidad o enojo
Sensación de culpabilidad	Problemas de concentración
Dificultad para tomar decisiones	Temor a la locura o a la pérdida de control
Pobre concentración	
Problemas de memoria	

Algunas personas afectadas por su tinnitus dicen: *Yo quisiera morir* o *A mi no me importaría que me atropellara un autobú*s. Se trata de pensamientos pasivos que raramente se llevan a cabo. Son quejas que no deben ignorarse, pero es muy raro que los pacientes con tinnitus lleguen al suicidio. Entre los pacientes con tinnitus que solicitan ayuda médica, las pocas personas que llegan a suicidarse son las que ya habían tenido pensamientos de suicidio incluso antes de tener tinnitus. Esta cuestión ha sido investigada recientemente llegándose a la conclusión que las situaciones de origen psiquiátrico que acompañan al tinnitus han podido amplificar la necesidad del suicidio en estos casos.

Comportamiento

En muchos casos, las personas con tinmitus se han visto obligadas a realizar algunos ajustes en su vida para lidiar con el tinnitus. Estos ajustes pueden agruparse en dos posibilidades.

– Nivel de actividad. La mayoría de personas con tinnitus tienen que esforzarse en mantener su actividad habitual, lo que puede dar lugar a que se vean obligados a reducir su nivel de actividad. Es frecuente en personas con tinnitus que se ven obligadas a tener una gran actividad que sientan que ello agrava su tinnitus. Contrariamente a lo anterior, pueden haberse mantenido ocupados para distraerse de su tinnitus.
– Utilización de ambientes sonoros. Incorporar sonidos ambientales de todo tipo en la vivienda o en el trabajo permite enmascarar el tinnitus. Por el contrario, pueden haber tratado de vivir en un ambiente muy silencioso, lo cual es especialmente útil para personas con hiperacusia.

Impacto en la familia y en los amigos

Realizar esta clase de ajustes o cambios puede casi inevitablemente afectar la convivencia con otros. Puede ser muy difícil convivir con otras personas y a la vez aislarse. Alternativamente, se puede confiar en los que conviven y con ello evitar el aislamiento.

La persona con tinnitus puede estar hablando sobre su problema con mucha frecuencia, lo que puede cansar a la pareja y a los amigos. Si se pretende controlar el ruido que genera la familia (cocina, TV, música, conversaciones, etc.) los cambios en la interacción con los familiares son obligados.

Por todas estas razones, ocurre frecuentemente que los cambios ocasionados por el tinnitus y la hiperacusia den lugar a relaciones tirantes con la pareja y con los amigos.

Impacto en el trabajo

Algunas personas consideran que necesitan descansar después del trabajo a causa de las tensiones ocasionadas por sus dificultades de concentración derivadas del tinnitus, más que a causa del propio tinnitus.

Otra consideración a tener en cuenta es la relativa a la incapacidad laboral por causa del tinnitus o de la hiperacusia. Se trata de dos dolencias absolutamente subjetivas, que no se pueden medir ni verificar por otra persona, y en consecuencia el trámite de incapacidades laborales ante las autoridades correspondientes tiene escasas posibilidades de éxito. No obstante, hay precedentes de casos en los que inicialmente se rechazó la solicitud de declaración de incapacidad laboral por tinnitus, que luego obtuvieron su reconocimiento en las instancias judiciales correspondientes.

En casos concretos en los que el trabajo requiere la escucha cuidadosa de sonidos, como en el caso de los músicos, los que tienen tinnitus pueden verse obligados a no comunicar su problema a sus colegas y a sus superiores ante la posibilidad de que puedan perder su empleo.

Finalmente es justo consignar que en muchos casos el trabajo constituye una distracción eficaz del tinnitus.

La importancia de nuestros pensamientos sobre los acúfenos y la hiperacusia

En textos sobre los acúfenos se suele explicar que los afectados debemos llevar el acúfeno al área inconsciente del cerebro para que, aunque suene, no lo percibamos la mayor parte del tiempo, ya que si lo mantenemos en el área consciente lo percibiremos continuamente lo que nos puede ocasionar los efectos indeseables que ya conocemos: falta de concentración, insomnio, malhumor, ansiedad, depresión, etc.

Las terapias cognitivo-comportamentales tratan de ayudar al paciente para que «aloje» su acúfeno en el área inconsciente de su cerebro, y cuando lo consigue el paciente, aunque sigue con su acúfeno la mayor parte del tiempo, ni lo percibe ni se acuerda de él, e incluso cuando lo percibe no le resulta aversivo.

Hay muchas actividades habituales que la persona pasa de su consciente a su inconsciente de una forma automática, es decir, sin que se lo proponga, aunque es verdad que en el caso del acúfeno debe ser una acción voluntaria que no siempre resulta fácil de llevar a cabo.

Veamos un ejemplo. Una persona se viste por la mañana al terminar sus horas de sueño. Al ponerse la ropa ésta roza los terminales nerviosos de su piel, los cuales informan al cerebro que está vestida, y si llaman a su puerta abre sin problemas ya que sabe que está vestida, pero no piensa en ningún momento que está vestida, es decir, el hecho de vestirse lo ha llevado automáticamente al inconsciente. Si llaman a su puerta cuando aún no se ha vestido, normalmente no abrirá hasta vestirse ya que en su consciente existe la información de que está sin vestir.

Cuando el acúfeno o algunos sonidos exteriores se reciben como una molestia, dan lugar a cambios en el nivel de estrés, en el humor, e incluso en el comportamiento. La atención se vuelve más selectiva focalizándose en el acúfeno o en los sonidos exteriores. Inevitablemente ello es un motivo de preocupación. Sabemos además que a medida que el malhumor aumenta, también aumentan los problemas, y el pensamiento se vuelve más y más negativo. Se trata de un círculo vicioso en el que el afectado se ha instalado.

Sabemos también que cuando más molesto es el problema, los cambios en el comportamiento son más pronunciados. Si se piensa en el acúfeno o en los sonidos exteriores como cosas que comprometen su bienestar, e incluso su supervivencia, el paciente adoptará estrategias con la esperanza de reducir estas molestias. Por desgracia, estas estrategias mantendrán las molestias en la mayor parte de los casos. Por ejemplo, evitar sonidos hará al sistema auditivo más sensible, lo que dará lugar a que incluso los sonidos menos intensos sigan impactando, además de mantener al paciente focalizado en su acúfeno o en su hiperacusia.

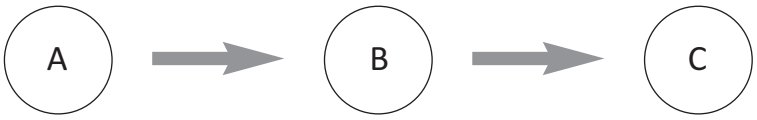
El poder del pensamiento

Hay personas que creen que con respecto a sus problemas auditivos (acúfenos, hiperacusia, pérdida de audición) solo se puede pensar de forma estresante. Los ven como intrinsicamente estresantes y entonces el trastorno es inevitable. Recuérdese que tanto la investigación como la experiencia clínica nos dicen que no siempre es así, que hay personas con acúfenos que lo soportan sin los trastornos enunciados.

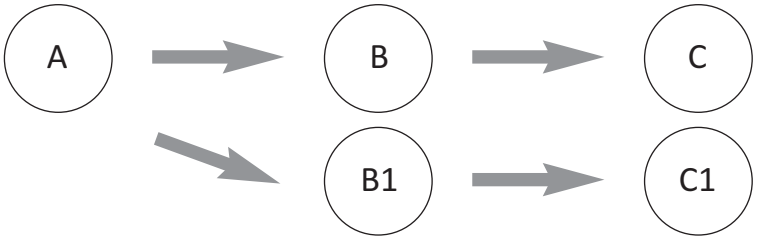
La primera medida a adoptar en el camino a «alojar» el acúfeno en el área inconsciente del cerebro es reconocer que los pensamientos tienen gran influencia en lo que se siente. Vamos a ilustrar esta cuestión con un ejemplo que nada tiene que ver con el acúfeno ni con la hiperacusia, ya que suele ser más fácil poner de relieve esta relación entre pensamiento y sentimiento con hechos ajenos a los que causan el trastorno.

Imaginemos que el paciente viaja en un tren que está muy lleno, lo que le obliga a viajar de pie, y otro pasajero le da por la espalda un golpe con su maleta. ¿Qué siente? La respuesta más común será que nuestro paciente se sienta incomodado. Es importante preguntarse la causa de que se sienta incomodado, o por cualquier otra emoción que experimente. Para responder, debe preguntarse ¿qué ha pensado de la persona que le ha golpeado con la maleta? La mayor parte de los pasajeros dirían: *Es una persona descuidada* o *Lo ha hecho deliberadamente.* Este pensamiento, a causa de la incomodidad generada, es lógico. Sin embargo, si el paciente supiera que la persona que le ha golpeado es ciega, ¿pensaría lo mismo? Probablemente lo encontraría irrelevante, e incluso simpático. ¿Por qué, que pasó por su mente? Probablemente, pensaría: *Es ciego, y el golpe que me ha dado en la espalda es un accidente.*

La forma en la que siente (C en la figura) está asociada a la forma como piensa (B en la figura), y la propia situación (A en la figura) no determina su sentimiento o emoción.

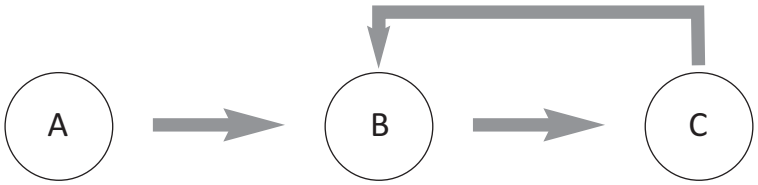


Pero si la misma situación hubiera generado pensamientos diferentes al descrito, entonces el estado emocional o sentimiento hubiera sido distinto (A, B1 y C1).



Los pensamientos que ocupan la mente del paciente y provocan las emociones o sentimientos descritos son pensamientos automáticos ya que ocurren sin que el paciente se lo proponga.

Naturalmente, no pensamos sobre cada nueva cosa que nos ocurra de una forma aislada de las demás cosas que nos ocurren, y tampoco pensamos siempre igual sobre un mismo hecho. Además el sentimiento que tenga de lo ocurrido afecta al pensamiento sobre las nuevas cosas que sucedan. Así, si el paciente se siente estresado, el pensamiento sobre un nuevo hecho tendrá un componente estresante. Si el paciente ha estado muy incomodado por los motivos que sean, el hecho de recibir un golpe de la maleta de otro pasajero la atribuirá a una persona descuidada o a un hecho deliberado mucho más que a un accidente, en tanto que uno que se encuentre calmado, e incluso feliz, lo atribuirá mayormente a un accidente. Por todo ello, los pensamientos estresantes ayudan a mantener al paciente en un círculo vicioso como el de la figura.



El proceso retroalimentado puede ser muy potente, y el cambio que tiene lugar se denomina *distorsión en el pensamiento* o bien *distorsión cognitiva*.

Las distorsiones cognitivas son reconocibles. Por ejemplo, el todo o nada, que clasifica las cosas en blanco o negro, sin admitir la existencia de grises intermedios, o crea un filtro mental que se fija mayormente en los detalle negativos.

El efecto es semejante al que sucede cuando el paciente se *despierta a media noche angustiado*. Los problemas parecen aplastar al paciente y hacerle creer que no tiene recursos para resolverlos. Normalmente, los pensamientos que aparecen durante el día parecen más manejables, pero una distorsión cognitiva puede llevarle a pensar que se encuentra en mitad de la noche. La consecuencia es que, aunque el problema sea real, el paciente sufre mucho más de lo necesario.

Estos pensamientos negativos automáticos tienen las características siguientes:

– No son invitados por la persona, aparecen sin querer y sin el menor esfuerzo.
– Tienen la característica de un despertar a media noche angustiado.
– No ayudan, hace sentirse mal y dificultan el progreso en cualquier terapia.
– Son involuntarios, y puede ser difícil desconectarse de ellos.

Tanto el acúfeno como la hiperacusia pueden generar muchos pensamientos distintos, y por tanto distintas emociones o sentimientos. Algunas personas creen que su acúfeno es un hecho natural a causa de su envejecimiento, y por ello no generan emociones. Para otros, al contrario, su acúfeno les hace pensar que *tienen una enfermedad muy seria, que no pueden lidiar con ello, que se volverán locos, que no es justo sufrir este castigo,* en cuyo caso el trastorno generado es peor que el ya citado despertar a media noche angustiado. El resultado es que los pensamientos sobre el acúfeno acaban siendo mucho más negativos de lo necesario y en consecuencia provocan mayor sufrimiento.

Además de los habituales pensamientos automáticos, las emociones o sentimientos se ven influenciados por la historia del paciente. Las experiencias vividas, particularmente en la infancia y en la juventud, conducen a determinadas posiciones sobre el mundo y sobre su lugar en el mismo, o sea que se han adoptado creencias muy profundas sobre la propia persona y sobre el mundo que la rodea, y aunque la persona no sea consciente de las mismas, estas creencias influyen en los pensamientos automáticos habituales y la respuesta a todas las situaciones, incluyendo los acúfenos. Frecuentemente personas con acúfenos están angustiadas debido a que interfieren con sus posibilidades de vivir la vida con arreglo a las reglas y a los hábitos en los que se han basado. Los perfeccionistas, por ejemplo, suelen pasarlo mal por el acúfeno y la hiperacusia a causa de sus profundas convicciones.

No estamos afirmando que hay que tener pensamientos felices sobre los acúfenos o la hiperacusia. Lo que en realidad afirmamos es que es preciso estar en guardia ante los pensamientos negativos que propician la aparición y el mantenimiento de los trastornos.

Si usted lector es escéptico en relación al poder de los pensamientos propios, pregúntese que pasaría si durante diez minutos se hartara de ellos y pudiera olvidarse de las molestias del acúfeno. La mayor parte de los que los sufren no tienen necesidad de hacer este ejercicio para conocer la respuesta.

Muchas personas explican que tratan con mucha fuerza de no pensar en su acúfeno. Por desgracia, esta estrategia funciona muy raramente, y por ello es mejor reconocer la importancia de los propios pensamientos, y tomar la firme decisión de realizar una auto-investigación sobre los mismos y cambiar cualquier tipo de pensamiento estéril y negativo que se tenga por habitual.

El propósito de llevar el acúfeno al área inconsciente del cerebro no se podrá realizar sin superar los pensamientos negativos asociados al acúfeno y a la hiperacusia.

Las causas de la variación de la intensidad del acúfeno percibida

Los que tenemos acúfenos sabemos que la intensidad con la que los percibimos varía de un día a otro, e incluso en el mismo día. Pero pocos afectados pueden explicar que es lo que causa esta variación en la intensidad percibida.

Todos sabemos que el estrés y la ansiedad suelen aumentar la intensidad del acúfeno, y su percepción, a su vez, hace aumentar el estrés y/o la ansiedad, lo que da lugar a un circulo vicioso que se retroalimenta.

Un paciente nos decía que cuando conducía el automóvil en calles con mucho tráfico, en las que estaba obligado a prestar mucha atención a los demás automóviles, su acúfeno aumentaba de intensidad y cuando llegaba a su destino y aparcaba y bajaba del coche percibía que su acúfeno disminuía de intensidad volviendo a la habitual.

Parece demostrado que la concentración de melatonina en sangre puede influir en la intensidad percibida, de tal forma que a baja concentración el acúfeno se percibe más intensamente. También se ha explicado que la concentración de serotonina en sangre influye en el acúfeno, o mejor dicho en la intensidad con la que se percibe. Estas dos hormonas: melatonina y serotonina están muy relacionadas, ya que la segunda es inductora de la primera. Por tanto, puede ser una buena precaución consumir alimentos ricos en melatonina, o en triptófano que es inductor de la serotonina, y en consecuencia de la melatonina.

Sobre la influencia de la alimentación óptima para los que tenemos acúfenos se ha escrito mucho, pero en todo caso sin que lo escrito se basara en estudios concluyentes. Se suele recomendar prescindir de la cafeína, de bebidas excitantes, no excederse en el alcohol, reducir las comidas muy grasas, etc., incluso hemos llegado a leer que no se recomienda el chocolate ni el queso. En realidad, todas estas recomendaciones forman parte de un catálogo de consejos para llevar una vida sana.

Está aceptado por todos los investigadores y clínicos que el acúfeno crónico se genera en el cerebro, el cual presenta una hiperactividad en el área que procesa los sonidos, e incluso en áreas adaycentes, que no corresponde a la percepción de un sonido. Cuando la persona percibe un sonido, lo recibe en el oído y a través del tímpano pasa al oído medio y al oído interno, donde las células ciliares alojadas en la cóclea transforman el sonido en una corriente eléctrica que llega al cerebro, lo que genera una hiperactividad que permite identificar el sonido percibido, y reacionar según sea la naturaleza del sonido. En las personas acuménicas esta hiperactividad es constante y nunca cesa, lo que da lugar a que el cerebro identifique un sonido que no existe.

La actividad cerebral es el resultado de un complejo mecanismo bioquímico que, con toda seguridad, se ve influenciado por los alimentos que el acufénico toma, ya que la sangre en circulación contiene elementos constitutivos de los alimentos, que ha absorbido a lo largo del aparato digestivo.

Como consecuencia de lo anterior sería un buen consejo a los acufénicos que traten de averiguar que alimentos han tomado en las horas anteriores al aumento de intensidad de su acúfeno, incluso llevando una especie de diario que, en algún caso, podría establecer una relación entre determinados alimentos y la intensidad percibida del acúfeno.

Un acufénico nos dice que observó que en dos ocasiones en las que se «regaló» un soberbio secreto ibérico (es una pieza del cogote del cerdo muy apreciada), al día siguiente amaneció con un acúfeno muy intenso. Dice que a partir de esta observación ha suprimido totalmente la carne de cerdo en todas sus variantes, y percibe su acúfeno con menor intensidad. Otro nos explica que evita la pastelería y los helados por el riesgo de que en su confección se hayan utilizado como edulcorante sales del ácido glutámico, de las que se asegura que empeoran los acúfenos.

Desconocemos si lo que parece que han sido buenas decisiones en los dos casos descritos, puede serlo en otros casos, pero parece que vale la pena tenerlo en cuenta. Estas informaciones no tiene valor científico alguno, pero aún así hemos querido transmitirlas a nuestros lectores.

Como ayudar a las personas que tienen tinnitus

Transcribimos una información leída en el libro *Living with tinnitus and hyperacusis,* publicado en el Reino Unido por los autores McKenna, Baguley y McFerran. Se trata de una información dirigida a las personas cercanas al afectado por tinnitus: familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. para que comprendan la situación del afectado y ayuden a que pueda afrontarla en las mejores condiciones.

Toda persona con tinnitus puede sentirse muy sola y aislada, ya que es sabido que el tinnitus puede causar que el afectado renuncie a parte o a toda su vida social. Esta ayuda puede constituir una terapia para las personas afectadas, y especialmente durante la noche, ya que puede ser el peor momento para muchas personas con tinnitus.

Por ejemplo, es posible que usted o la persona con tinnitus piense que su tinnitus empezó un día que estuvo en un nightclub muy ruidoso, y entonces los pensamientos: *Si no hubiera ido al nightclub, Si pudiera volver atrás*, etc. son comprensibles, pero no ayudan, más bien empeoran el conflicto en lugar de facilitar una solución y, además, habitualmente no son ciertos. En el ejemplo del nightclub la exposición a un ruido elevado puede contribuir a disparar el tinnitus, pero no suele ser el único factor. La gran mayoría de clientes de los nightclubs no desarrolla tinnitus persistentes.

Es posible que usted eche la culpa a su pareja o a su amigo de que su tinnitus afecte negativamente a su propia vida. Usted puede advertir que su pareja o su amigo que tiene tinnitus le dificulta la realización de cosas que usted querría hacer. Puede que usted quiera ir de viaje o de vacaciones, pero él o ella está aterrorizado por el ruido o los cambios de presión asociados a los vuelos, ya que pueden hacer que empeore el tinnitus, y como resultado usted acaba pensando que el tinnitus de su pareja o de su amigo le está influenciando. Trate de evitar esta dificultad ya que la mayor parte de estas restricciones pueden ser temporales.

Usted debe interesarse por el problema de su pareja o de su amigo, ya que si usted no tiene tinnitus ni hiperacusia es muy fácil olvidar que el otro tiene el problema. Por ello, muchas personas con tinnitus sienten que están ignoradas por las personas de su entorno. Preguntando periódicamente por el tinnitus usted puede ayudar a que la persona con tinnitus se abra y pueda exponer sus dificultades. Sin embargo, debe proceder con mucho tacto. Preguntar repetidamente sobre el tinnitus puede ser contraproducente ya que puede contribuir a que la persona se focalice más en el tinnitus en lugar de ayudarle, o simplemente puede ocurrir que se irrite si insiste en preguntar sobre ello.

Muchas personas con tinnitus y/o hiperacusia sienten que la ayuda médica no les aportará solución alguna. Sin embargo, todos los que tienen tinnitus deberían hacerse una revisión médica y pruebas de audición. Usted puede ayudar persuadiendo a su pareja o a su amigo para que se decida a ir al médico.

Usted puede ofrecerse para acompañarle a la visita. Varios estudios han demostrado que el paciente sólo recuerda una pequeña fracción de lo que le ha explicado el doctor, por ello es muy útil que haya dos pares de oídos escuchando la información recibida durante la consulta. Esto es especialmente cierto en los casos de personas con pérdida de audición.

Algunos tratamientos pueden afectar a las personas del entorno de la persona con tinnitus. Por ejemplo, las terapias sonoras en algunas ocasiones. Si usted es la pareja de alguien que utiliza un generador de sonido, puede verse afectado si influye en su sueño, ya que muchas personas que no tienen tinnitus duermen mucho mejor si el dormitorio es silencioso. De todas formas, esto no es absolutamente cierto, ya que muchas personas sin tinnitus duermen mejor con un leve sonido en el dormitorio. ¡Se ha llegado a suministrador generadores de sonido a personas que no tenían tinnitus¡

Si usted realmente ve afectado su sueño por el tinnitus de su pareja, debe saber que existen almohadas que incorporan música con intensidad graduable o altavoces que pueden colocarse bajo la almohada, graduables en cuanto a su intensidad, y que solo oye la persona con tinnitus.

Se suele recomendar a las personas con tinnitus y las que tienen un pérdida auditiva que utilicen audífonos que pueden incorporar generadores de sonidos. Hay personas que se resisten a utilizarlos, ya que explican que su mayor problema es un horrible ruido en su cabeza, no una dificultad auditiva. Usted puede ayudar en estos casos tratando de convencer a su pareja o a su amigo que los audífonos le permitirían concentrarse más en el sonido ambiente y olvidar el tinnitus.

Muchas personas con tinnitus encuentran una ayuda acudiendo a grupos de autoayuda en los que pueden conocer y conversar con otras personas con su mismo problema. Usted puede tratar que su pareja o su amigo participen en estas reuniones, acompañándole a las mismas si es preciso.

Algunas personas están constantemente atentas a informaciones sobre nuevos tratamientos que puedan aliviar el problema de su pareja o de su amigo. Suelen recortar artículos e informaciones en la prensa o imprimen informaciones encontradas en internet. Recomendamos tomar muchas precauciones en estos casos.

Es natural que usted se sienta impotente ante el problema y, desesperadamente, trate de facilitar una solución. Desgraciadamente, crear expectativas y esperanzas repetidamente que no se hacen realidad puede ser contraproducente.

Se publican informaciones no contrastadas como si fueran ciertas, y se adornan con toda clase de promesas en cuanto a la efectividad del tratamiento o del producto que se describe. Suelen incluir detalles del nuevo tratamiento y frecuentemente lo presentan como la solución definitiva. Una sencilla comprobación científica demuestra en muchos casos que el nuevo tratamiento que se describe se encuentra aún en fase de experimentación, tiene contraindicaciones y solamente es aplicable a un número reducido de personas. Si se trata de un hallazgo eficaz en el tratamiento del tinnitus, se hará público rápidamente. Usted no deberá acudir a las informaciones del World Wide Web (www) para encontrar una solución.

Usted debe procurar que su pareja o su amigo trate de mantener su actividad habitual, sin forzarle. Volver a interesarse por antiguos *hobbies* puede ser muy beneficioso, y si es creyente hay que facilitarle sus prácticas religiosas.

Hay que ser paciente con la pareja o con el amigo. Las mejoras en el tinnitus suelen ser un proceso lento, con altibajos constantes. Se trata de convencerle de que no espere una mejora rápida y espectacular, ya que en caso de que no la obtenga, que sería lo más habitual, daría lugar a una decepción muy peligrosa.

Usted solo puede ayudar a su pareja o un amigo si se encuentra en buen estado físico y, sobre todo, mental. Trate de que el problema de la persona a la que quiere ayudar no le afecte, ya que no estaría en condiciones de prestar su ayuda. Es positivo que usted sepa olvidarse del problema en algunas ocasiones, e incluso puede beneficiarse de recibir el apoyo de algún profesional que le informe, especialmente en los casos en los que el tinnitus de su pareja o de su amigo es severo.

Martín Lutero tenía acúfenos

Recientemente se ha conmemorado el Quinto Centenario del día en el que Martín Lutero dio a conocer sus Noventa y Cinco Tesis sobre el Poder y la Eficacia de las Indulgencias, cuando clavó el escrito en la puerta de la Iglesia de Todos los Santos de Wittenberg (Alemania). Las tesis debatían y criticaban a la Iglesia y al papado, principalmente en relación a la venta de indulgencias, a las doctrinas sobre el purgatorio y sobre la autoridad del Papa. Este acto fue el inicio de la Reforma Protestante que dio lugar al nacimiento de la Iglesia Luterana.

Todo ello es bien conocido, pero lo que se suele ignorar es que Martín Lutero sufría un acúfeno muy severo. Decía con sus propias palabras: *Cuando me pongo a trabajar, mi cabeza se llena de silbidos, gritos, ruidos variados, etc*. La afección era tan severa que al final de su vida se hizo acompañar continuamente de un ayudante que le protegiera de hacerse daño a sí mismo y a otras personas.

Cuando consideramos los cambios habidos en 500 años en todos los campos, parece incomprensible que hoy haya personas que sufren por acúfenos igual como los sufrió Martín Lutero hace 500 años.

Pero si los tratamientos han cambiado muy poco, existe una diferencia importante entre 1517 y 2017: ahora somos capaces de afrontar el problema científicamente de forma sistemática. Mientras Lutero percibía su acúfeno como una maldición satánica, ahora sabemos que se trata de una alteración de la actividad neuronal del cerebro. Con este conocimiento solo es cuestión de tiempo que podamos disponer de tratamientos eficaces.

Para disponer de nuevos tratamientos podemos aprender de Martín Lutero. Fue un excelente estudiante lo que no le impidió ser un rebelde contra las estructuras y poderes establecidos. Esta mezcla de excelencia en el estudio y de rebeldía ante los fatalismos habituales en materia de acúfenos, la encontramos en la investigación en curso sobre los nuevos tratamientos.

Programa de Actividades de AMAT
Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus 2017

Hola amig@s;

A continuación os detallamos a modo de resumen las actuaciones y proyectos llevados a cabo por la Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus durante este nuevo curso 2017/2018.

1. Nueva página WEB. Seguramente ya sois conocedores de que hemos estrenado página web: www.madridacufenos.es Os animamos a que le echéis un vistazo y colaboréis en el apartado de experiencias personales.

2. Protocolo de Actuación para Atención al Paciente con Acúfenos. Nos hemos reunido con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, para posibilitar un protocolo de actuación en los centros sanitarios públicos, tanto en atención primaria como especializada.

2.1. En Atención Primaria queremos que los médicos de familia tengan unos conocimientos básicos para atender al paciente con acúfenos, ya que es al primer facultativo al que solemos acudir. En casos como el trauma acústico, es de vital importancia una rápida actuación del profesional médico, de tal forma que inicie el tratamiento con corticoides a la mayor brevedad y no esperar a que nos atienda un otorrino, que para entonces pueden pasar varios meses y el tratamiento con corticoides ya no sería efectivo.
2.2. En Atención Especializada estamos demandando una Unidad de Acúfenos con un Equipo Multidisciplinar en un Hospital de Referencia de la Comunidad de Madrid. De tal forma que todo paciente que acuda a Atención Primaria le deriven a este Hospital, donde sea atendido, no solo por un Otorrinolaringólogo sino también por distintos profesionales médicos, así como Maxilofacial, Traumatólogo, Neurólogo, Psicólogo, etc. De tal forma que todos estos profesionales estén implicados en la búsqueda del origen y solución a nuestro acúfeno.
2.3. Transversalmente, tanto en atención primaria como especializada, todos los profesionales que nos atiendan deben de ser conocedores de los **medicamentos ototóxicos,** que en nuestro caso en particular

no nos receten un medicamento que nos pueda agravar más nuestra situación. También queremos reivindicar la subvención de los audífonos, ya que en los casos de hipoacusia o incluso aunque sea sólo como enmascarador, es de gran ayuda para la habituación.

3. Sala de Reuniones para Afectados. Recientemente hemos conseguido la cesión de espacios para reunirnos todos los primeros y terceros viernes de cada mes de 5 a 8 de la tarde en el C.C. El Cerro de Coslada. Avda. Manuel Azaña, 13. Sala de reuniones de la 1ª Planta. Este es un punto de encuentro para todo/as lo/as afectado/as por acúfenos para intercambiar impresiones con otros afectado/as, encontrar comprensión, terapias de grupo, colaboración y gestión de la Asociación. En definitiva, un lugar donde nos podemos reunir y ayudarnos unos a otros.
Normalmente avisamos por mail a todo/as los socio/as con antelación los días de reunión. Pues algunas veces puede coincidir con algún festivo, día en que el Centro estaría cerrado y por lo tanto no sería posible reunirnos.

4. Apertura cuenta bancaria a nombre de la Asociación. Recientemente hemos logrado, a pesar de las dificultades, abrir una cuenta bancaria a nombre de la Asociación. Dicha cuenta nos servirá para poder emitir la cuota de socio/a de 20 euros anuales y así poder asumir los gastos de la Asociación.

5. Psicólogo/a para Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Estamos en el proceso de selección de un psicólogo o psicóloga para crear un GAM. No es una tarea fácil, pues tiene que ser una persona voluntaria y que se comprometa con nuestra causa, que tenga cierta experiencia con grupos y que entienda de acúfenos. Si conocéis de alguien interesado/a y que reúna estas condiciones por favor que se ponga en contacto con la Asociación.

6. Boletín Trimestral Informativo. Gracias al acuerdo que tenemos con APAT, Asociación colaboradora en Barcelona, podemos remitir trimestralmente a todos nuestros socios/as su boletín informativo con las últimas noticias en acúfenos.

7. Visualización y concienciación de nuestra "enfermedad". Trabajamos también por una mayor visualización y concienciación de nuestra "enfermedad", así como su prevención. Para ello participamos con todos los medios de comunicación que nos tiendan la mano para dar difusión a nuestra problemática, así como participar en todas aquellas actividades donde podamos dar voz a los afectados por acúfenos: Simposium, Conferencias, Encuentros de Salud, Estudios Científicos, etc.

8. Cursos Formativos para Asociaciones. A través de distintos organismos públicos y oficiales, nos surgen varios cursos gratuitos enfocados, principalmente, a la gestión de la Asociación a los que pueden optar cualquier socio/a. Si alguien está interesado en realizar este tipo de cursos que nos lo haga saber y así poder avisarle cuando salgan nuevos cursos.

Como veis, tenemos un gran proyecto y tarea por delante. Por eso no solo necesitamos de ayuda económica para soportar los gastos, sino también de implicación, compromiso y ayuda con las actividades y proyectos de la Asociación. Si queréis ayudar, por favor, no dudéis en poneros en contacto con nosotros. Cuantas más manos seamos más rápido avanzaremos y en menos tiempo.

Un cordial saludo.

Equipo de AMAT
Avda. Manuel Azaña, 13, 28022 Coslada (Madrid), Tlf. Contacto: 686 40 91 16
Mail: madridacufenos@yahoo.es

¿Quieres ser miembro de nuestra asociación?

Para que una asociación sea efectiva y pueda trabajar bien respaldada, tanto social como económicamente, necesita tener un elevado número de asociados. Nuestra asociación no cuenta con otras fuentes de ingresos que la cuota anual de 20,00 € que satisfacen nuestros asociados y una subvención del Ayuntamiento de Barcelona que representa aproximadamente el 18 % del presupuesto anual.

Si quieres colaborar suscríbete y envíanos el boletín de inscripción adjunto debidamente rellenado a:
APAT, C. Providència, 42, 08024 Barcelona.
Si lo prefieres puedes enviarlo por correo electrónico a: jims@es.inter.net

Nombre y apellidos.....

Dirección .....

Código postal .....Localidad .....

Año de nacimiento.....Teléfono.....DNI .....

Correo electrónico.....

Cuenta bancaria para domiciliación de las cuotas (indíquese el IBAN):

....

.....a ..... de .....de .....

Firma:

GAES presenta

GAES {serena}

La Terapia Integral desarrollada por GAES para silenciar el tinnitus y devolver la calma a las personas que lo padecen

Paso 1:

EVALUAR EL PROBLEMA

Le ofrecemos la tecnología más avanzada para evaluar su acúfeno

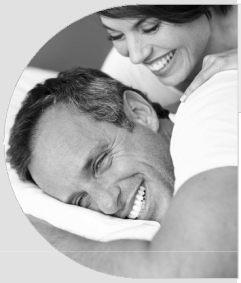
Mediante una extensa entrevista personal y un completo programa de pruebas audiométricas, le ofreceremos una valoración de la incapacidad que provoca el acúfeno en su vida.

Paso 2:

TRATAR EL ACÚFENO

Una solución personalizada para cada paciente

Nuestros profesionales le ofrecerán el tratamiento más adecuado para recuperar el confort auditivo. Las soluciones de GAES Serena proporcionan **un sonido terapéutico que desvía la atención del acúfeno hasta llegar a ignorarlo.**



Paso 3:

CONVIVIR CON EL TINNITUS

Notará una mejora inmediata de su calidad de vida

La experiencia de nuestros clientes es la mejor garantía de éxito.

Tras realizar la terapia

El **84%** de los pacientes **manifiesta una mejora evidente.**

El **78%** **recomendaría la terapia a otras personas.**

David Lirola, 42 años.

"Mi experiencia es totalmente positiva y me ha permitido volver a la normalidad de mi día a día"

Mire el testimonio de David en **www.gaes.es**

GAES INSTITUTO AUDITIVO INTEGRAL

Especialistas en Audiología

TELÉFONO DE INFORMACIÓN SOBRE EL TINNITUS

902 09 59 25

91 252 93 91