APAT 41
Junio 2016

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 * apat.org@hotmail.com * www.acufenos.org

Sumario

1. ¿Se enterarán algún día los responsables de la Sanidad Pública de que existen los acúfenos? 1
2. Más información sobre el fármaco acamprosato 4
3. El acúfeno en mi vida 4
4. ¿Qué es primero: la aparición del tinnitus o las alteraciones del ánimo relacionadas con él? ¿Cómo abordan los especialistas ambos problemas? 7
5. Clinical practice guideline: tinnitus 9
5. Acúfenos somáticos 10
6. Glutamato y acúfenos. Nueva información 13
7. Hábitos que dañan el cerebro 14
8. *TRT Tinnitus Retraining Therapy* 15
9. Discapacidad y acúfenos 16
10. Musicoterapia: *Heildelberg Neuro-Music Therapy* 17

¿Se enterarán algún día los responsables de la Sanidad Pública de que existen los acúfenos?

Hemos recibido un correo de Luis Miguel R. de Soria a raíz de una aparición fugaz de dos directivos de Apat en el Telenoticias de TVE en ocasión del denominado Día del Ruido. Se trató de informar sobre las consecuencias de la percepción del ruido y su secuela: los acúfenos. La información aparecida fue muy breve, como suele ser habitual en un noticiario de TV, y nuestro amigo de Soria con razón se queja de ello y nos propone lo siguiente:

> **Pues a lo mejor convendría realizar una protesta a TVE y como compensación a ese escaso eco que pudieran plantearos un reportaje por ejemplo en el Programa de por las Mañanas ese que hacen en directo, en días laborables. No sé ahora, porque hace mucho que no lo veo, pero antes había un apartado que trataban de temas de Salud. No se si es porque he sufrido tanto, y sigo sufriendo, con el dichoso acúfeno, me da rabia que cuando sale alguna noticia en Televisión o Medio de Comunicación no se hable del tema de forma muy seria. Que se diga que ni el Acúfeno ni la Hiperacusia a dia de hoy TIENEN CURACIÓN. Esto debería de quedar ALTO Y CLARO. Y que existen tratamiento paliativos, pero que NINGUNO cura el Acúfeno. Y se hable del sufrimiento de los afectados. Es que a veces, y eso que sé de que va el tema, percibo que se trata de un tema menor y que con unas sesiones de relajación ya esta curado.**

Creemos que nuestro comunicante tiene toda la razón, y a sus comentarios debemos añadir que el problema empieza por los responsables de la Sanidad Pública, que nos ignoran ya que parece que desconocen que existen los acúfenos. Se trata de un síntoma del que no se muere nadie aunque comporta un sufrimiento que sólo conocemos los que lo sufrimos.

Con el propósito de informar a los responsables de la Sanidad Pública, en nuestro caso con los de la Generalitat de Catalunya ya que somos una entidad domiciliada en Catalunya, nos entrevistamos el año 2013 con un representante del Departament de Salut, que nos atendió amablemente, aunque, según nos consta, no ha habido ninguna actuación en el sentido que nos interesa.

Propusimos en su momento a los socios de otras Comunidades, que pudieran tener acceso a sus autoridades sanitarias les explicaran nuestra situación para lo cual preparamos una información que repetimos en lo que sigue, ahora actualizada, y cuyo destino podrían ser también las distintas televisiones sean estatales o regionales, e incluso las privadas.

Si alguno de nuestros lectores tiene acceso a sus autoridades sanitarias o a alguna cadena de televisión podría utilizar el escrito que sigue, el cual puede ser modificado en lo que se estime conveniente para adaptarlo a las distintas Comunidades:

APAT es una Asociación de Personas Afectadas por Acúfenos (tinnitus) creada en el año 1993, radicada en Barcelona e inscrita en el Registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya, que agrupa a 460 socios, 180 de los cuales son personas residentes en Comunidades distintas de Catalunya. Además, a través de la web la asociación recibe muchas consultas tanto de afectados de toda España como de América Latina.

Las personas acufénicas, cuando se dan cuenta de que su acúfeno afecta a su calidad de vida, suelen acudir a su médico que los deriva al otorrino, o directamente acuden al otorrino. Actualmente la mayor parte de los acúfenos no tienen solución, y la medicina no puede diagnosticarlos ni prescribir un tratamiento efectivo. Los afectados, cuando llegan a la conclusión que deberán convivir con su acúfeno, suelen acusar graves problemas psicológicos: insomnio, ansiedad y depresión, e incluso pensamientos de suicidio en algunos casos. Esta circunstancia se ve agravada por el hecho de no saber a quién recurrir en demanda de ayuda, ya que saben que la medicina, tanto pública como privada, de momento, no les puede solucionar su problema.

En APAT estamos organizados para atender, informar y ayudar a las personas que descubren nuestra existencia, sea por la web sea por el boca-oreja. Recibimos y atendemos afectados de forma presencial, por teléfono, por e-mail e incluso por carta postal. Todos los años conectan con APAT una media de 500 afectados.

Nuestras actividades van encaminadas a ayudar a los afectados a habituarse a sus acúfenos, es decir a convivir con ellos de forma que afecten lo menos posible su calidad de vida. Para ello gestionamos un grupo de ayuda mútua, organizamos conferencias temáticas, publicamos una revista trimestral, hemos publicado distintos textos, etc. El detalle de las actividades puede verse en la Memoria de Actividades del año 2015 que se adjunta.

La habituación a los acúfenos requiere que el afectado realice una reestructuración cognitiva que le permita superar temores e informaciones negativas en relación a su dolencia, seguida de un tratamiento psicológico de habituación que se describe en el texto que se adjunta, acompañado de un DVD que muestra distintas ejercicios de relajación indispensables para conseguir la habituación.

Gracias a las experiencias aportadas por los componentes de APAT en relación a su dolencia, y a los testimonios de los afectados que acuden a APAT, estimamos que las autoridades sanitarias, la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya en nuestro caso, deberían implicarse en resolver los tres aspectos del tratamiento siguientes:

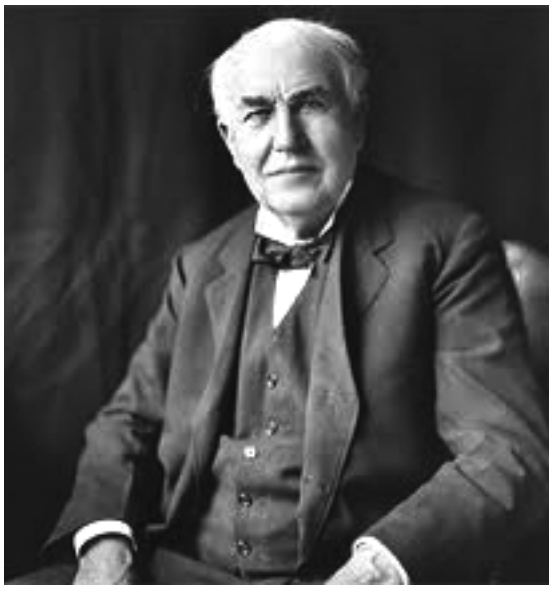
1. No se dispone de un protocolo de actuación ante el síndrome acufénico, como se dispone en otras patologías. En muchos países de nuestro entorno existen tales protocolos. Se trataría de adaptar uno de ellos.

2. No existen clínicas especializadas en el acúfeno en las que se reúnan distintos facultativos implicados en el tratamiento de los acúfenos: otorrino, psicólogo, otoneurólogo y audioprotesista. En las revistas APAT 25 (página 9 y siguientes) y APAT 30 (página 6 y siguientes) que se adjuntan, hemos publicado informaciones sobre la organización de clínicas del acúfeno mediante equipos pluridisciplinares en Francia en la revista 25, y en la Clínica de la Universidad de Regensburg (Alemania) en la revista 30. Según informaciones de EUTi (Asociación de Asociaciones Europeas de Afectados por Acúfenos) de la que formamos parte, nos consta que en muchos otros países europeos tales clínicas son muy habituales. La implantación de clínicas para el tratamiento de los acúfenos no requiere nuevas instalaciones ni nuevas dotaciones, ya que simplemente precisa que el grupo de profeionales implicados que se ha indicado puedan trabajar coordinados. No se trata por tanto de una cuestión presupuestaria sino que es una cuestión propiamente de organización y coordinación.

3. En el mercado existen muchos fármacos ototóxicos, algunos de ellos con efectos secundarios irreversibles en materia de acúfenos. La clase médica no lo sabe o no lo tiene en cuenta. Es frecuente que para patologías distintas de los acúfenos, se prescriba alguno de estos fármacos (los derivados acetilsalicílicos son el ejemplo más común) a personas con acúfenos, lo que puede ocasionar que el acúfeno aumente de intensidad o que se generen acúfenos en personas que no los tenían. La clase médica debería estar informada de lo anterior y tenerlo en cuenta al prescribir fármacos, para lo cual, como mínimo, en las historias clínicas y en las anamnesis debería figurar la pregunta de si tiene acúfenos, sobre todo cuando se va a prescribir al paciente un fármaco ototóxico. En la medida de nuestras posibilidades, que son limitadas, hemos tratado de informar a distintos facultativos, pero para ello haría falta una acción de mayor envergadura. Para poder informar a los facultativos hemos publicado un texto titulado: Acúfenos y Fármacos, que adjuntamos.

Documentación adjunta:

1. Memoria de actividades del año 2015.
2. Habituación a los acúfenos, con DVD de ejercicios de relajación.
3. Revistas APAT 25 y APAT 30.
4. Acúfenos y Fármacos.



Thomas Alva Edison (1847-1931) fue un empresario y un prolífico inventor estadounidense que patentó más de mil inventos (durante su vida adulta hacía un invento cada quince días) y contribuyó a establecer, tanto en Estados Unidos como en Europa, los perfiles tecnológicos del mundo contemporáneo: las industrias eléctricas, un sistema telefónico viable, las películas, etc. Entre los inventos de Edison destacan la lámpara incandescente y el fonógrafo.

Edison, que ha sido uno de los inventores más importantes de todos los tiempos, tenía acúfenos.

Más información sobre el fármaco acamprosato

En el número 38 de nuestra revista publicamos una amplia información sobre el fármaco acamprosato y su aplicación al tratamiento de los acúfenos. Se trata de un fármaco utilizado en el tratamiento de deshabituación al alcohol que se ha utilizado con éxito en el tratamiento de los acúfenos. Alejandra C., residente en Huesca, nos envió una información sobre el tratamiento seguido que transcribimos en Apat 38. Había sabido que este fármaco se había utilizado en Chile, y sus resultados publicados en la Revista Chilena de Otorrinolaringología por el Dr. Alejandro Peña Martínez, con el que pudimos contactar y nos informó sobre los tratamientos realizados que se describieron en Apat 38. Posteriormente, Merry de Bilbao nos envió una información que publicamos en Apat 40 relativa a un estudio que muestra resultados esperanzadores en el tratamiento de los acúfenos con acamprosato.

Hace unos días hemos recibido una información de nuestro socio Pablo A. que reside en Valladolid, que, textualmente, dice así: **Hola, soy Pablo A. y quisiera decirles que estoy tomando el acamprosato, tomo dos pastillas cada 12 horas. He notado algo de mejoría, el ruido lo tenia en la cabeza, ahora esta más despejada, como si el ruido se hubiera bajado a los oídos, de momento lo soporto mejor. Un saludo. Pablo A.**

Nos hemos puesto en contacto con Pablo para ampliar la información, y nos ha explicado que las pastillas que toma son de 333 mg., que lleva un mes y medio tomándolas, que el fármaco se lo ha prescrito su médico, y que forma parte de los fármacos atendidos por la Seguridad Social, en su caso la de Castilla y León. En el supuesto de que el fármaco fuera a cargo del paciente nos informa que la caja con 84 pastillas cuesta 28,60 € en la farmacia.

Agradecemos a nuestro amigo de Valladolid que haya querido compartir esta información con nuestros socios. Recomendamos a nuestros lectores que no se automediquen, y hagan como Pablo que toma el acamprosato previa prescripción de su médico. En la información publicada en Apat 38 se explicó que el acamprosato tiene efectos secundarios de escasa entidad, pero aún así hay que olvidarse de la automedicación.

El acúfeno en mi vida

Nuestra amiga Yolanda B. C., que reside en Barcelona, es uno de nuestros socios que ha afrontado sus problemas auditivos: pérdida de audición, síndrome de Ménière, acúfenos, etc. con decisión y con resultados positivos. En diversas ocasiones ha colaborado con nuestra asociación, y en esta ocasión se ha decidido a relatar con todo detalle las etapas del trayecto recorrido desde el año 2000 hasta hoy, con el propósito de que otras personas que pueden encontrarse en situaciones similares entiendan que pueden aprender a convivir con tales problemas auditivos, recuperando con ello la calidad de vida perdida.

Hacemos constar nuestro agradecimiento a Yolanda por la espléndida descripción de su actividad y de su actitud ante sus problemas auditivos.

Fue una noche en el año 2000, tenía sólo 25 años cuando me despertó de pronto una sensación extraña: no podía controlar mi cuerpo, mi equilibrio no respondía y el miedo se apoderó de mí. Me incorporé en la cama y todo me daba vueltas. Me llevaron a urgencias y allí me hicieron unas preguntas rutinarias y me enviaron de vuelta a casa.

Unos días más tarde, en el trabajo, después de desayunar, me volvió a pasar. Recuerdo una sensación

muy desagradable: empecé a vomitar y de nuevo sentí como si todo lo que me rodeaba se estuviera moviendo. Me llevaron al Hospital Clínic de Barcelona, donde en seguida me atendieron y me tuvieron en observación. A raíz de esto, me realizaron diversas pruebas como la resonancia magnética CRANEAL y CERVICAL, para descartar cualquier lesión importante que pudiera desencadenar el desequilibrio y el vértigo. Una vez descartada la existencia de una lesión grave a nivel de cráneo, cervicales y vista, me derivaron al otorrrino quien, después de supervisar las pruebas y prescribir otras complementarias, como la audiometría y la exploración cocleovestibular (prueba del vértigo), me diagnosticó síndrome de Ménière en el oído izquierdo.

Desde el año 2000 en que me diagnosticaron **Ménière oído Izquierdo** y hasta 2010 me defendía bastante bien, ya que el oído derecho lo tenía en perfecto estado y en el oído izquierdo la pérdida de audición era de aproximadamente un 70 %.

Fue en el año 2011, a raíz del nacimiento de mi segunda hija (Júlia), cuando el acúfeno se manifestó también en el **oído derecho**, lo que generó de nuevo crisis de vértigo continuadas, pérdidas de audición en el oído derecho, y un bajo estado de ánimo.

No recuerdo exactamente **«cuando»** -en que momento- apareció el acúfeno en el **oído izquierdo,** pero **Sí** recuerdo perfectamente cuando apareció en el **oído derecho.**

Si tuviera que definir cómo es el acúfeno que ha invadido mi oído izquierdo lo podría describir como un sonido agudo continuo; un equivalente al sonido de un timbre o un claxon de manera continuada durante todo un día. En cambio, si tuviera que definir cómo es el acúfeno que ha invadido mi oído derecho, lo podría describir como un sonido agudo repetitivo circular; un equivalente al ruido que desprende el tambor de una lavadora vieja en pleno funcionamiento.

A parte de estos acúfenos fijos, también tienen cabida en ambos oídos otros acúfenos bien identificables, pero que son de carácter pasajero.

La definición de síndrome de Ménière responde a mi situación actual y a los síntomas que presento: lesión del oído interno que se caracteriza principalmente por episodios de vértigo que suelen acompañarse de acúfenos; tinnitus (percepción de un zumbido en uno o en ambos oídos), e hipoacusia, siendo estos dos últimos -el acúfeno y la hipoacusia- previos al vértigo. Estas crisis siempre aparecen en episodios repentinos que pueden durar horas o días y se repiten periódicamente. La pérdida de audición es fluctuante y evoluciona con el paso de los años a una hipoacusia o sordera irreversible.

En el año 2011 me diagnosticaron síndrome de Meniere bilateral. El oído derecho, crisis tras crisis, iba perdiendo audición, lo que sumado a que el oído izquierdo soportaba también una importante pérdida, supuso que en los años 2011 y 2012, mi vida cambiase radicalmente en cuanto a mi relación con las personas a nivel de comunicación. El zumbido era tan grande en ambos oídos que no podía mantener una conversación, ya que no había comprensión. En las reuniones de trabajo utilizaba un amplificador para poder mantener conversaciones importantes con mis compañeros (figura).

Recuerdo acabar las reuniones y, al desconectar el amplificador, repetir siempre la misma frase: «me desconecto del mundo». Reconozco que esta etapa ha sido una de las más difíciles en mi vida (una auténtica pesadilla), ya que el hecho de no escuchar te aísla de las personas y del mundo. La televisión dejó de ser para mí una distracción, ya que ponerme frente a la tele me ponía nerviosa, porque no conseguía entender nada.

En la desesperación, y recomendada por el otorrino, en el año 2011 acudí a un centro auditivo para ver si podía ser tributaria de audífonos. Me realizaron unas pruebas y me dijeron que **NO** era posible,

porque la prueba vocal había salido mal, lo que significaba que el hecho de llevar audífonos no mejoraría mi comprensión.

En diciembre de 2012, mis hijas se disponían a escribir la carta a los Reyes Magos y me preguntaron: «Mami, ¿qué les pides a los Reyes Magos?» y, sin pensarlo ni un momento, les respondí: «unos oídos nuevos».

Pasó el tiempo y en 2013 y de nuevo, por recomendación del otorrino, acudí a otro centro auditivo. En esta ocasión me dijeron que aunque había poca comprensión creían que era posible que pudiera llevar audífonos.

Recuerdo la primera vez que me dirigía al centro para probar los audífonos. Mis piernas avanzaban y mi cuerpo intentaba retroceder, porque en aquel momento era consciente de mi limitación a nivel auditivo y la incógnita era saber si los audífonos mejorarían mi calidad de vida.

Una vez programados los audífonos, me los puse y salimos a uno de los balcones exteriores del centro. En aquel momento pasaba un camión y el audioprotesista me advirtió de la molestia que podía causarme el ruido. Sin embargo, pasó el vehículo y en realidad no noté un sonido desagradable, sino que reconocí un ruido que me era familiar. Posteriormente me dio unas pautas para realizar una correcta adaptación a los audífonos (los dos primeros días, 2 horas, tercer y cuarto día, 4 horas, etc.).

A la semana siguiente, en la visita de control, le confesé al audioprotesista que no había seguido las pautas y que el segundo día ya llevé los audífonos puestos durante todo el día, incluso por la calle. Él me comentó que realmente era muy probable que el uso del amplificador facilitase la adaptación a los audífonos e hiciera que no necesitara adaptarme a ellos. Los audífonos enmascaran mis acúfenos con los sonidos externos, lo que provoca que la percepción de mi acúfeno sea menor en intensidad y gane en calidad de sonido y comprensión de palabras.

Pues bien... puedo decir que el 6 de enero del 2013 no me llegaron los oídos nuevos, pero el 6 de junio de ese mismo año **SÍ**.

Desde que utilizo los audífonos, mi calidad de vida ha mejorado considerablemente. Estoy aprendiendo a identificar de nuevo sonidos que hacía tiempo que no escuchaba (alarma del microondas, horno o lavadora, claxon, alarma de un coche, ...) y puedo decir que tengo un antes y un después. Ahora solo me desconecto del mundo a la hora de ir a dormir.

Actualmente tengo una pérdida auditiva del 88,1 % en el oído derecho y un 90 % en el oído izquierdo. Las crisis de vértigo aún existen, pero se distancian en el tiempo y están perdiendo intensidad (duran horas), aunque persiste una inestabilidad a nivel de equilibrio, probablemente agravada por protusiones cervicales en la C3, C4, C5, C6 y C7, que intento controlar a través de rehabilitación. No obstante a día de hoy, he aprendido a vivir con esta enfermedad y a **aceptar** que hay cosas que no puedo hacer, como por ejemplo deporte, pero sorprendentemente he descubierto una afición que me relaja: coser y realizar manualidades con mis hijas (Jana y Júlia).

No quiero acabar este artículo sin dar las gracias a mi familia por su comprensión y ayuda en los momentos difíciles, y a todos los grandes profesionales que me han ayudado y acompañado en este tiempo: el Dr. Domènech Oliva, otorrino del Hospital Clínic de Barcelona -excelente profesional y persona-, José Ignacio Sacristán, audioprotesista del centro auditivo Cottet -el rey mago del Portal del Àngel-, el Dr. Josep Ribas -colaborador de APAT y coordinador de las reuniones de autoayuda-, el Dr. Calvo, médico de cabecera del CAP Sant Llàtzer de Terrassa y la Dra. Vigatà del CAD. Y, finalmente, quiero agradecer a la Asociación de Personas Afectadas de Tinnitus (Apat) la gran labor que realizan y la oportunidad que me han brindado de dejar huella en la asociación con mi testimonio.

Aprovecho para realizar un llamamiento a los centros auditivos para que continúen investigando sobre los audífonos que enmascaran los acúfenos y proporcionen ayuda para poder colaborar en su mejora.

Yolanda

¿Qué es primero: la aparición del tinnitus o las alteraciones del ánimo relacionadas con él? ¿Cómo abordan los especialistas ambos problemas?

Reproducimos una información publicada por Diario Médico relativa a un debate celebrado con el objetivo de dar respuesta a distintas cuestiones referentes a los acúfenos, organizado por Diario Médico y Laboratorios Salvat, en el que han participado los Dres. Juan Domenech, ORL del Hospital Clínico de Barcelona; Carlos Asensio, Adjunto de ORL del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina (Toledo); María Luisa Mozota, Jefa del Servicio de ORL y Psicóloga del Hospital Universitario del Tajo (Aranjuez); y Francisco J. Martínez, Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Tal y como reconocen estos expertos, el tinnitus o acúfeno es un problema que tiene unas peculiaridades muy marcadas que ya se manifiestan desde el momento del diagnóstico, debido fundamentalmente a que aproximadamente sólo una cuarta parte de los afectados lo consultan con el especialista. Y buena parte de esta situación se debe a que el acúfeno sigue siendo un gran desconocido. *Todo el mundo sabe lo que es el Alzheimer o la esclerosis múltiple, pero no ocurre lo mismo con los acúfenos*, dice Juan Domenech.

Grupos de afectación

Para Martínez, este desconocimiento hace que aún exista cierto pudor a reconocer que se *oyen sonidos*, por la connotación que ello pueda implicar. *Además, muchos de los acúfenos, entre un 30 y un 35 % que generan consulta inmediata en Atención Primaria desaparecen por sí solos, por lo que el paciente no llega al especialista*.

Respecto a las repercusiones en la esfera emocional, Carlos Asensio explica que en 2011 la OMS hizo una encuesta sobre la incidencia del acúfeno en la calidad de vida y estableció cuatro grupos primarios de afectación: el sueño, la audición, los pensamientos y emociones y la capacidad de concentración. *A partir de esta clasificación hemos empezado a estructurar mejor la afectación sobre nuestros pacientes.*

Los expertos hacen hincapié en la incidencia sobre la calidad del sueño. *El tinnitus puede producir insomnio o agravarlo si ya se padece, pues por la noche, al no difuminarse con los sonidos externos, el ruido es más intenso. Además, hay entre un 40 y un 50 % de los pacientes que tienen hiperacusia, por lo que todavía son más sensibles a esta situación,* comenta Mozota.

El abordaje suele ser sintomático, con vasodilatadores periféricos y algún antihistamínico, y en función del estadio se añaden otros como antidepresivos

En cuanto a la posible relación entre tinnitus y depresión, los especialistas no la ven clara. *En pacientes con una cierta inestabilidad emocional, el acúfeno puede desencadenar una depresión que ya estaba latente, pero no sé hasta qué punto la puede causar. Lo que sí es cierto es que es una patología que genera en muchas personas un estado de angustia tal que rompen a llorar en la consulta*, afirma Domenech.

En esta línea, Francisco J. Martínez apunta a que más que hablar de depresión habría que destacar el efecto tristeza que experimentan al ver que su situación se cronifica. Mozota comenta al respecto que *hay teorías, quizás más psicológicas que médicas, que apuntan a una posible asociación entre ambos trastornos al activar el tinnitus zonas cerebrales muy parecidas a las implicadas en los trastornos emocionales, aunque no sea la causa primera de ellas*.

Algo similar ocurre con el estrés: *Un acúfeno puede causar estrés, pero yo no establecería esta relación a la inversa*, dice Martínez.

Para Carlos Asensio, el estrés no es la causa, sino que puede influir en cómo el paciente interpreta ese problema o reacciona ante él. *Más allá de lo que pueda ocurrir en el oído interno, hay estructuras a nivel del sistema nervioso autónomo y límbico que de alguna manera modulan la respuesta frente al ruido*.

Adaptar la respuesta

Lo que sí está claro es que el tinnitus afecta en mayor o menor medida a la calidad de vida. *Los test que realizamos en AP en este sentido indican que hay un descenso importante en la calidad de vida, sobre todo en el paciente crónico, que afecta a todas las parcelas. Todos reportan una sensación de estar continuamente fastidiados, y esto les genera unas respuestas adaptativas que van desde los bloqueos emocionales en sus relaciones (de pareja, con los hijos) hasta la aparición de ideas de suicidio o la petición al especialista de que les prive del nervio auditivo. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso indiscriminado de fármacos, ya que con el paso del tiempo recurren a hipnóticos, antidepresivos y otro tipo de medicamentos con la intención de eliminar ese ruido que les persigue, dando lugar a un consumo importante que en ocasiones puede entrar en el terreno de la adicción*, señala Asensio.

Con todo, es la forma en la que el individuo reacciona frente a este problema lo que lo convierte o no en paciente. Si la reacción es buena y está predispuesto a integrar el tinnitus en su vida, el problema puede ser hasta anecdótico.

Hoy por hoy no existe una terapia única que haga desaparecer el acúfeno en todas las personas que lo padecen, *aunque hay en marcha una serie de estudios muy interesantes en este sentido, pero el problema es que las peculiaridades de esta patología hacen que tanto las investigaciones como sus resultados vayan a un ritmo más lento*, comenta Domenech.

El tratamiento se ajusta tanto al tipo de tinnitus como a la fase en la que se encuentra. *Básicamente es sintomático, con vasodilatadores periféricos y algún antihistamínico, y en función del estadio se añaden otros como antidepresivos, los cuales, si bien su eficacia sobre el tinnitus es nula, juegan un papel importante en hacer que el paciente se sienta mejor. En AP, una vez que establecemos el diagnóstico y tenemos las opciones claras, se acaban usando fármacos con un uso compasivo, pero que son efectivos para la calidad de vida*, dice Martínez.

*A pesar de que son los síntomas neuropsiquiátricos los que suelen tener mayor repercusión, yo no utilizo antidepresivos, sino que recurro a sustancias fundamentalmente vasodilatadoras; si no se consigue nada en ese sentido, se puede optar por otras alternativas como las terapias sonoras o la terapia cognitivo-conductua*l, señala Carlos Asensio.

Respecto a estas opciones, Mozoto comenta que, aunque la terapia conductual parece que no mejora el acúfeno, los ensayos apuntan a que beneficia la calidad de vida. "*Hay experiencias también con otras terapias como la estimulación magnética transcraneal, pero tenemos que ir a lo seguro, adaptando el tratamiento a cada paciente, y lo que sí sabemos al 100 por cien es que los vasodilatadores o sustancias como la melatonina pueden mejorar mucho*".

En este sentido, Asensio señala que *en los últimos tiempos tenemos algunas novedades terapéuticas como la melatonina, el ginkgo biloba (que en Europa se encuentra entre los tres tratamientos más utilizados) o la 5-hidroxitriptamina. Son una farmacología menos complicada y arriesgada que el uso de antidepresivos y tienen una repercusión positiva en la calidad de vida*.

Manejar la angustia y la ansiedad que padecen muchos de los afectados es la razón por la que en ocasiones, *más de las que quisiéramos*, apostilla Domenech, *estos se derivan a la consulta del psicólogo*

o el psiquiatra, lo que no suele ser bien aceptado por el paciente. Es difícil hacerles entender que esta decisión busca ayudarles a gestionar las alteraciones anímicas que les genera el acúfeno. El factor tiempo es fundamental para estos pacientes: quieren soluciones rápidas y efectivas, que les quites el ruido ya, y eso es algo de lo que carecemos en esta patología.

Para Mozota, uno de los retos del abordaje del tinnitus es desterrar esa tendencia que aún tienen muchos médicos, casi un 70 por ciento, a decir a los pacientes que eso no se quita: *Es frecuente que, tras hacerles una terapia sonora y un tratamiento, los pacientes se sorprendan de haberse curado, como si esta posibilidad nunca hubiera entrado en sus planes*.

Conclusiones

Prevalencia. Afecta a un 7 a 10 % de españoles. Sólo es grave en un 1,6 a 1,8 % de los casos. La edad y el antecedente de exposición al ruido aumentan su prevalencia.

Estado de ánimo. Muchos pacientes sufren alteraciones como estrés, angustia o tristeza que pueden llegar a incapacitarles. De ahí la importancia de un abordaje multidisciplinar en el que intervengan un psicólogo o psiquiatra.

Calidad de vida. Las dificultades para dormir y el insomnio son muy frecuentes en estos pacientes. También afecta a la audición, los pensamientos, las emociones y la concentración.

Tratamiento. No hay un fármaco que solucione el acúfeno. La melatonina, el ginkgo biloba y la 5-hidroxitriptamina mejoran el estado de los pacientes.

Mensaje positivo. Hay que erradicar la creencia de que el *tinnitus no se cura* y explicar a los pacientes que entre el 60 y el 65 por ciento mejoran con el tratamiento, que es esencialmente sintomático.

Clinical practice guideline: tinnitus

En http://oto.sagepub.com/content/151/2_suppl/S1 se puede ver la ***Clinical Practice Guideline: Tinnitus,*** que podemos traducir por Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tinnitus, preparada por la ***American Academy of Otolaryngology _ Head and Neck Surgery Foundation 2014*** (Academia Americana de Otorinolaringología _ Fundación para la Cirugía de Cabeza y Cuello 2014), en la cual se ha establecido una completísima Guía para abordar el diagnóstico y el tratamiento del tinnitus, preparada con la participación de 40 profesionales que ejercen como otorrinolaringólogos y otras disciplinas concurrentes en Estados Unidos.

No corresponde a nuestra asociación, que agrupa a pacientes con tinnitus, calificar el contenido de esta Guía, ya que se trata de un cometido propio de profesionales dedicados al diagnóstico y tratamiento de los tinnitus. Nos corresponde en cambio, alertar a autoridades sanitarias y a profesionales en ejercicio sobre la existencia de esta información para que la tengan en cuenta, y se encarguen de difundirla si estiman que puede ser una aportación al tratamiento del tinnitus.

Nos hemos limitado a recoger en lo que sigue la parte del resumen de la publicación que expone sus objetivos, y de la misma deducimos que esta guía puede ser muy útil para los profesionales encargados de aliviar nuestros tinnitus.

No nos consta que en España, ni las autoridades sanitarias ni las organizaciones profesionales dispongan de una herramienta similar, por lo que les sugerimos que la tengan en cuenta y, si lo estimaran oportuno, la adopten. Estamos seguros de que será más eficaz disponer de una Guía de Práctica Clínica, aunque pudiera ser manifiestamente mejorable, que creemos que no es el caso, que ejercer sin ella.

Objetivos de la Guía

El objetivo de esta guía es establecer recomendaciones basadas en evidencias científicas para los profesionales clínicos que tienen a su cargo pacientes con tinnitus. Contiene un panel lógico de informaciones para mejorar el cuidado de los pacientes y mitigar los efectos personales y sociales del tinnitus persistente e invalidante. Explica la evaluación de pacientes con tinnitus, incluyendo la selección y realización de los test diagnósticos con especial referencia a la identificación de patologías potencialmente tratables. Se focaliza en recomendaciones para evaluar y medir los efectos del tinnitus y establecer el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con tinnitus primario persistente, y determinar las intervenciones más apropiadas para controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

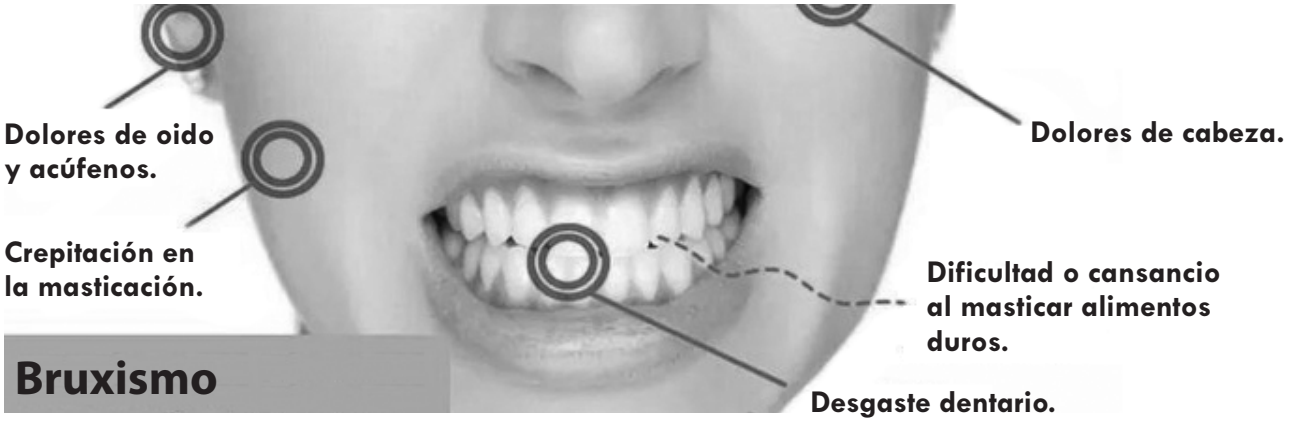
Esta información nos la ha enviado nuestra amiga Merry de Bilbao a la que damos las gracias por la constante ayuda que nos presta.

Acúfenos somáticos

Son los acúfenos causados por un problema o trastorno ajeno al sistema auditivo. Un ejemplo de acúfeno somático es el generado por una alteración de la articulación temporomandibular ATM, que como se ha comprobado en muchos casos puede ser causante del acúfeno.

Las causas más comunes son: **bruxismo, trastornos en la articulación temporomandibular, trastornos en las cervicales** y **la existencia de puntos gatillo en músculos de zonas cercanas al oído.**

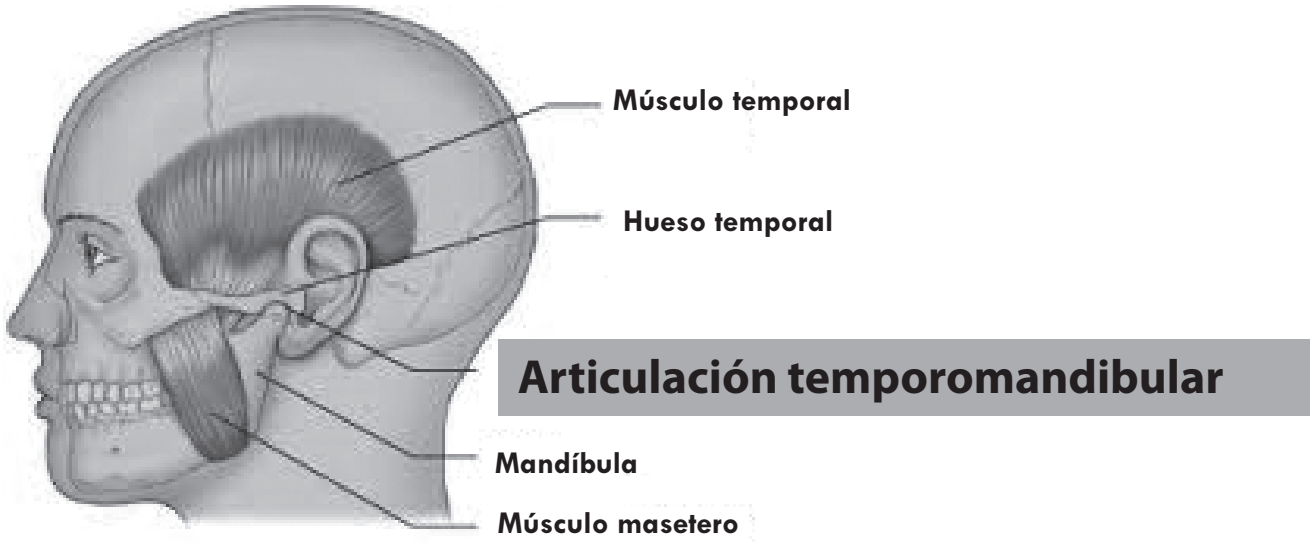
El **bruxismo,** que consiste en rechinar los dientes, es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. Se produce tanto durante el sueño como en vigilia. El bruxismo afecta entre un 10 y un 20 % de la población; y puede conllevar dolor de cabeza y dolor de los músculos de la mandíbula, cuello y oído, e incluso acúfenos, ya que un elevado porcentaje de personas con bruxismo tienen a la vez acúfenos, lo que induce a suponer que el bruxismo puede ser una causa de los acúfenos o, por lo menos, una causa de su empeoramiento. El rechinamiento puede desgastar los dientes y ser muy molesto para las demás personas con misofonia. El origen del bruxismo puede ser local, es decir, intrabucal con desencadenantes, que suelen ser producto de un estado de ansiedad. Adicionalmente se han estudiado factores genéticos y asociaciones con otras enfermedades como las alergias. Dado que la negación del paciente ante un estado de estrés es muy característica y el cuadro clínico puede ser asintomático, el odontólogo debe ser muy riguroso para identificar el estado de ansiedad



presente y para determinar el tratamiento a implementar. Las hipótesis en cuanto a la fisiopatología del bruxismo sugieren un papel coadyuvante de las alteraciones dentarias, y de mecanismos nerviosos centrales además de problemas musculares. Los factores psicológicos también pueden desempeñar un papel en el sentido de que las tensiones exacerban este trastorno.

La articulación temporomandibular es la articulación que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad se trata dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincronizadamente. Es una de las pocas articulaciones móviles que hay en la cabeza. Los trastornos de la articulación temporomandibular, también conocidos como disfunción temporomandibular son un conjunto de alteraciones relativas a la articulación temporomandibular y a las estructuras anatómicas que la rodean, que son causa usualmente no diagnosticada de cefaleas, y de trastornos faciales de diversa intensidad hasta en un 50 % de la población.

Un estudio llevado a cabo en la Universidad de Padua (Italia) con 250 pacientes con disfunciones temporomandibulares de distintos orígenes, revela que el 31 % de dichos pacientes tenía acúfenos, gran parte de los cuales presentaba dolor en el músculo masetero, otros no acusaban dolor en dicho músculo y, finalmente, otros pacientes con acúfenos tenían artrosis en la articulación. Esta elevada correlación entre disfunción temporomandibular y acúfenos, induce a concluir con fundamento que dicha disfunción puede ser una causa de los acúfenos o bien una causa del empeoramiento de acúfenos generados por otras causas.



Las **vértebras cervicales** son las que se sitúan en el cuello permitiendo su movilidad, entre el cráneo y las vértebras torácicas. Los humanos tenemos siete vértebras cervicales. Hay evidencias de que determinados trastornos en las vértebras cervicales pueden ser la causa de algunos acúfenos, o bien pueden dar lugar al empeoramiento de acúfenos generados por otras causas.

La existencia de **puntos gatillo miofasciales** en zonas cercanas al oído, básicamente en músculos del cuello y de la cara, puede ser causa de acúfenos.

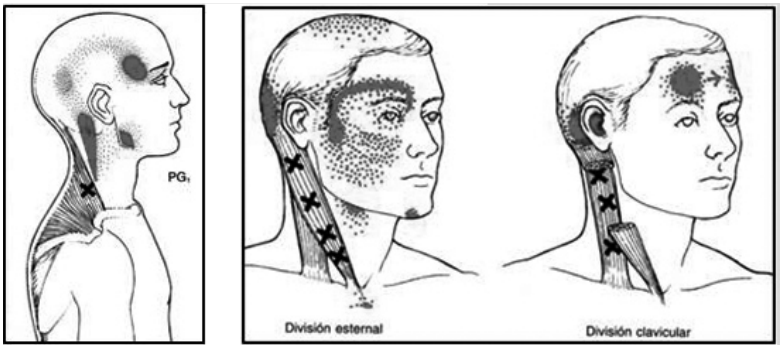
En relación a esta causa o concausa de los acúfenos en algunos pacientes, reproducimos parcialmente las explicaciones recibidas de D. Orlando Mayoral del Moral, especialista en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial, en una conferencia organizada por nuestra asociación en el año 2010, de la que se publicó un reportaje en Apat 23.

El **síndrome del dolor miofascial (SDM**) se define como el conjunto de signos y síntomas causados por los **puntos gatillo miofasciales (PGM)** que incluyen dolor (frecuentemente referido, es decir, experimentado fuera de la zona donde se encuentra el PGM responsable del SDM), debilidad muscular, restricción de movilidad, descoordinación, fatigabilidad muscular, retardo en la relajación y en la recuperación muscular después de su actividad, espasmo muscular, etc. Los PGM son pequeñas contracturas causadas por placas motoras disfuncionales que dan lugar a la aparición de bandas tensas en los músculos que son identificables por diversos procedimientos (palpación, ecografía, elastografía de resonancia magnética, electromiografía, etc.). Los PGM duelen localmente cuando son presionados, dando frecuentemente lugar a la aparición de dolor referido y de alteraciones autonómicas.

Los PGM se clasifican en activos y latentes. Un PGM activo puede causar síntomas de manera espontánea, mientras que un PGM latente sólo causa síntomas cuando es convenientemente estimulado. Además, se considera activo a aquel PGM cuya estimulación reproduce los síntomas del paciente y éste los reconoce como algo familiar, ya sean estos síntomas dolor, mareos, acúfenos, etc. Por el contrario, los síntomas reproducidos al estimular un PGM latente resultan nuevos y desconocidos para el paciente al que se está examinando.

Existen distintos tratamientos de los PGM; y en todos ellos es aconsejable la actuación de un profesional con formación específica sobre el SDM. Se han estudiado los PGM en los acúfenos, y se ha encontrado que existe una relación entre ambos, así como una relación de lateralidad: los acúfenos del lado derecho se asocian a PGM del mismo lado, y lo mismo ocurre con el lado izquierdo. Esta asociación se basa en dos hallazgos: 1. La palpación de los PGM provoca modulación temporal de los acúfenos; y 2. En muchos pacientes la desactivación de los PGM da lugar a la mejoría e incluso a la desaparición de los acúfenos. La relación entre los PGM y los acúfenos tendría la misma explicación que la que pueda tener el hecho de que el PGM cause un dolor referido (en un punto distinto del de situación del PGM).

Diversos estudios que confirman la existencia de esta asociación PGM-acúfenos en determinados porcentajes de la población estudiada, aconsejan considerar seriamente a los PGM como causa o concausa de los acúfenos. En estos estudios se ha visto que los músculos más relacionados con los acúfenos son los de la cabeza y cuello: temporal, masetero, esternocleidomastoideo, trapecio, esplenios, escalenos y elevador de la escápula.



PGM

El conferenciante explicó que ha atendido a distintos pacientes con acúfenos, y que en algunos casos ha podido detectar la relación PGM-acúfenos y tratar el/los PGM y con ello aminorar o eliminar el acúfeno, y en otros casos no ha podido encontrar esta relación PGM-acúfenos.

De las explicaciones del Sr. Mayoral y de sus respuestas a las preguntas de los asistentes pudimos deducir lo siguiente:

– Un número indeterminado de afectados (del 20 al 40 %), debe su acúfeno o lo ve agravado por causa de los PGM activos o latentes cuya existencia desconoce.
– Se pueden identificar los PGM y tratarlos hasta su eliminación.
– El tratamiento de los PGM deben hacerlo profesionales de la salud, generalmente fisioterapeutas, con formación específica.
– De algunas preguntas de los asistentes, resulta evidente que algunos profesionales desconocen la relación entre PGM y acúfenos, ya que en las consultas por acúfenos no es habitual que el afectado sea derivado al especialista en SDM/PGM.
– Parece deducirse que en los protocolos de actuación de los profesionales de los Sistemas de Salud Pública no se contempla la derivación de afectados por acúfenos a los especialistas en SDM/PGM.
– Los afectados que deseen verificar la posibilidad de que su acúfeno esté relacionado con un PGM, deben acudir a los fisioterapeutas especializados en dicho tratamiento.

Para mayor información sobre lo anterior véase la web www.travellysimons.com.

Glutamato y acúfenos. Nueva información

El aditivo E621, glutamato monosódico (GMS) es una excito-toxina nociva para nuestros acúfenos.

El GMS (en ocasiones aparece como MSG, según las siglas en inglés) es una sustancia química que se ha agregado indiscriminadamente en los alimentos sin la debida reglamentación ni estudios fiables que avalen su seguridad. Es decir no es una vitamina ni un mineral, sino un aditivo peligroso, cuyo único objetivo es realzar el sabor de los alimentos.

El GMS estimula los receptores específicos de la lengua produciendo un gusto esencial que se conoce con el nombre de *umami,* que significa gusto sabroso en japonés. Diversos estudios psicofísicos han demostrado que el *umami* es un gusto independiente de los cuatro gustos esenciales: dulce, amargo, salado y agrio, y por ello se le reconoce como el quinto gusto.

El GMS o aditivo E621 es un potenciador del sabor, cuya función es excitar las papilas gustativas para producir más ganar de comer y proporcionarle más sabor artifical al alimento que lo contenga.

Cabe advertir que la industria alimentaria, para no reconocer abiertamente la presencia del GMS en sus alimentos procesados, lo esconde en las etiquetas con distintos nombres para camuflarse, ya que muchos consumidores ya saben el peligro de este aditivo y saben reconocerlo con el nombre de GMS o MSG, o simplemente E621. Los nombres con los que se describe el GSM o glutamato monosódico en las etiquetas pueden ser: caseinato de calcio de gelatina; proteína vegetal hidrolizada; proteína texturizada; glutamato monopotásico; filoproteína hidrolizada (HPP); extracto de levadura; glutamato; fitoproteína autolizada; alimento de levadura; ácido glutámico; caseinato de sodio; levadura autolizada, extracto de proteína vegetal; senomyx (extracto de trigo etiquetado como saborizante artificial); caldo en polvo; condimento o saborizante natural; concetrado de proteína; maltodextrina (Powe Ade); malta de cebada; extracto de malta; aromas de malta; aroma de caramelo; aroma natural; aroma artificial; soja hidrolizada; suero de leche parcialmente hidrolizado; péptidos de suero de leche; planta de extracto de proteínas; almidón de maíz hidrolizado; y puede que algunos más que desconocemos.

Está demostrado que este aditivo ha aumentado el número de personas obesas, y además triplica la insulina segregada por el páncreas y puede provocar diabetes tipo II. Los efectos secundarios que produce la ingesta continuada de alimentos que lo contengan son muy numerosos. Algunos efectos son hinchazón en manos, pies y cara, aumento de peso, diarreas, náuseas, arritmia, vómitos, subida de la tensión arterial, retortijones y gases, taquicardia, irritación intestinal, dolores en la zona del corazón, escalofríos, temblores, sed intensa después de una comida, dolores en las articulaciones, retención de líquidos, flatulencias, dolores de espalda, hombro y cuello, dolores abdominales, sensación de pesadez en brazos y piernas, depresión y falta de motivación, insomnio, ojeras, migrañas, ojos cansados e irritados, y **empeoramiento de los acúfenos.**

Es un aditivo muy utilizado en cocinas de restaurantes asiáticos: chinos, indios, vietnamitas, etc. Podemos encontrarlo casi siempre en bolsas de patatas fritas, sopas en sobre, platos congelados, platos preparados, caramelos, patés, cereales, salchichas, bollería, etc.

Cabe aconsejar que hay que estar atento al realizar nuestra compra de alimentos, leyendo las etiquetas y cocinando nosotros mismos lo que vayamos a comer. Sugerimos llevarlo a cabo rigurosamente quince días y notaremos una mejora en muchos aspectos desapareciendo dolores y molestias que podíamos tener y de los que no conocíamos la causa.

Los más susceptibles a los efectos nocivos del GMS son los niños dado que sus barreras cerebrales no están totalmente desarrollados, y los ancianos cuyas barreras se han deteriorado.

Resumen. El consumo continuado del GMS está relacionado con la obesidad, los desórdenes del comportamiento, los desórdenes del aprendizaje y de la memoria, la hiperglucemia, el trauma cerebral, la depresión, la ansiedad y el empeoramiento de los acúfenos.

Hábitos que dañan el cerebro

Hemos recibido una información que describe algunos hábitos que pueden dañar al cerebro. Se trata de una información que, en principio, nada tiene que ver con nuestra afección: los acúfenos. No obstante, dado que la mayoría de los investigadores y clínicos están de acuerdo en que los acúfenos crónicos se originan en el cerebro, concretamente en el área que procesa los estímulos sonoros, podría pensarse que cualquier hábito que dañe nuestro cerebro puede empeorar nuestra percepción del acúfeno, y por ello nos hemos decidido a recogerla en lo que sigue.

En la vida diaria existen algunos hábitos que dañan el cerebro, destruyendo las neuronas y disminuyendo sensiblemente la cantidad de las mismas:

No desayunar. Las personas que no desayunan tienen un bajo nivel de azúcar en sangre, lo que genera insuficiente suministro de nutrientes al cerebro causando su degeneración paulatina.

Comer demasiado. Es causa del endurecimiento de las arterias del cerebro, causando además baja capacidad mental.

Consumir altas cantidades de azúcar. El elevado consumo de azúcar interrumpe la absorción de proteínas y de nutrientes causando nutrición deficiente lo que puede interferir en el desarrollo del cerebro.

Contaminación del aire. El cerebro es el órgano mayor consumidor de oxígeno del cuerpo. La inhalación de aire contaminado disminuye su oxigenación generando una disminución de la eficiencia cerebral.

Dormir poco. El sueño permite descansar al cerebro. La falta de sueño en períodos prolongados acelera la pérdida de células del cerebro.

Dormir con la cabeza cubierta. Esta forma de dormir aumenta la concentración de dióxido de carbono y disminuye el oxígeno causando efectos adversos a nuestro cerebro.

Tener actividad cerebral cuando estamos enfermos. Trabajar y estudiar cuando se está enfermo, además de la dificultad del cerebro para responder en este estado, lo daña.

Falta de estímulos. Pensar es la mejor manera de estimular al cerebro; y no hacerlo provoca que el tamaño del cerebro se reduzca y, por lo tanto, se reduzca su capacidad.

No hay que dejar de practicar la conversación. Las conversaciones intelectuales promueven la eficiencia cerebral.

¿Por qué debemos consumir antioxidantes?

Un antioxidante, como su nombre indica, es un elemento capaz de retardar, prevenir o contrarrestar la oxidación, que en realidad es una reacción química de transferencia de electrones. Los oxidantes (humo del tabaco, contaminación, estrés, etc.) producen radicales libres que causan reacciones en cadena que dañan las células humanas. En los humanos los oxidantes causan estrés oxidativo y matan células. Se trata de un efecto que se ha relacionado con muchas enfermedades humanas. Las vitaminas C y E son antioxidantes utilizados como suplementos dietéticos con la esperanza de prevenir algunas enfermedades, entre ellas el cáncer.

Diez alimentos que favorecen la longevidad

Tomate. Antioxidante que ayuda en la prevención de distintas enfermedades, entre ellas el cáncer.

Aceite de oliva. Es el principal componente de la dieta mediterránea, ayuda al corazón.

Uvas rojas y vino tinto. Son antioxidantes y flavonoides que tienen efectos saludables para el corazón.

Ajo. Hay evidencias muy claras de efectos saludables en corazón y en cáncer.

Espinacas. Antioxidantes que ayudan a combatir el cáncer.

Los granos integrales. Contienen agentes contra el cáncer y sus fibras mejoran el tránsito intestinal.

Salmón. Rico en omega-3, que alivia muchas enfermedades conocidas, sobre todo cardiológicas.

Nueces, almendras y avellanas. Disminuyen el colesterol en sangre y aportan omega-3.
Arándanos. Tienen un alto contenido de antioxidantes.
Té. El verde y el negro tienen efecto positivo como antioxidantes.

Diez cosas que envejecen

Estrés, obesidad, insomnio, problemas cardiológicos y en el sistema inmunitario.
Falta de ejercicio físico. Causa efectos acumulativos en el cuerpo y algunos problemas de salud como diabetes.
No ejercitar el cerebro. El cerebro necesita desarrollar nuevos caminos todos los días.
Mala nutrición y exceso de peso. La falta de nutrientes equilibrados y el exceso de peso causan mala salud.
Fumar. Causa enfisema, cáncer de pulmón, rápido envejecimiento de la piel y trastornos cardíacos.
Actitud pesimista. Debilita el sistema inmunológico: sólo hay que mirar el lado bueno de las cosas.
No tener una relación estable. Los que se divorcian tiene un riesgo el 40 % mayor de tener una muerte prematura.
Alcohol. Beber con moderación ayuda a prevenir varios problemas en el corazón. Si se abusa, estas ventajas se pierden.
Estilo de vida. Los excesos en ejercicio físico y en trabajo, la falta de sueño nocturno y el estrés deterioran la salud.
No intentar cambiar para mejorar. Cambiar los malos hábitos adquiridos requiere tiempo, y si no se logra no hay que rendirse y hay empezar una y otra vez.

TRT Tinnitus Retraining Therapy

En el año 2013 publicamos un amplia información sobre el contenido de la terapia TRT, con el propósito de informar a nuestros socios sobre una terapia poco utilizada en España en aquella fecha, pero que ha ido conociéndose y practicándose desde entonces. Seguimos recibiendo consultas de afectados por acúfenos que se interesan por dicha terapia, y del contenido de estas consultas deducimos que la información existente es escasa y no siempre responde a la realidad de lo que es la TRT. Consultas como: ¿Cuáles son los mejores generadores que me aconsejan que compre? ¿Me han dicho que el porcentaje de éxitos es del 80 %, cómo puedo saber si tendré éxito si me decido por la TRT? ¿El tratamiento de la TRT lo paga la seguridad Social o lo debo pagar de mi bolsillo?, nos inducen a publicar de nuevo lo ya publicado sobre la TRT en 2013.

La TRT es una terapia para el tratamiento del acúfeno y de la hiperacusia. Puesta a punto por el Dr. Jastreboff en Estados Unidos el año 1995, y simultáneamente por el Dr. Hazell en Gran Bretaña, consiste en dos acciones a realizar simultáneamente: un tratamiento del acúfeno mediante el empleo de generadores de ruido blanco y un tratamiento psicológico conocido como *counselling*.

Este término cuya traducción literal podría ser consejo, como se expone en lo que sigue, tiene una acepción más amplia que la de uno o varios consejos.

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

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

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

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

No podemos entrar en consideraciones sobre la efectividad de la TRT, por carecer de informaciones fiables; pero podemos prevenir a los afectados por acúfenos a los que les puedan prescribir esta terapia, que además de «comprar los generadores de ruido blanco y utilizarlos» hace falta recibir y entender el counselling que consiste en las acciones que se describen a continuación.

Sí algún lector se interesara por la terapia TRT, le recomendamos que vea previamente el artículo sobre el *counselling*, que es un parte indispensable de la terapia, publicado en la revista Apat 32 de septiembre de 2013.

Discapacidad y acúfenos

Hemos recibido una amplia información de uno de nuestros socios, Yolanda que reside en Barcelona, relativa al trámite a realizar para obtener una certificación que acredite el grado de discapacidad de una persona en función de sus patologías y demás circunstancias. Yolanda nos propone editar lo que podríamos denominar un Manual Práctico de Ayuda para SolicItar una Calificación del Grado de Discapacidad, que en el caso de nuestros socios se referiría a la discapacidad generada por los acúfenos y demás patologías auditivas: hiperacusia, pérdida de audición, vértigo de Ménière, etc. Hemos aceptado la propuesta y el trabajo de preparar dicho documento ya lo está realizando Yolanda con la ayuda de otras personas espextas en el tema.

Nuestra Asociación publicó en el año 2011 un Informe sobre la Tramitación de Incapacidades Laborales, que es un tema distinto del que ahora estamos preparando. Como su nombre indica, el informe publicado pretendió en su momento informar al socio interesado los trámites y las circunstancias necesarias para que se reconociera su incapacidad, parcial o total, para el trabajo por causa de los acúfenos y otras patologías de las vías auditivas.

El informe que ahora pretendemos publicar se refiere a lo establecido en el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, relativo al Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía, publicado en el BOE núm. 22 de enero de 2000, conocido comúnmente como la Ley de la Dependencia, de la que mucho se ha hablado y publicado, sobre todo en lo referente a la escasa disponibilidad económica de las administraciones concernidas para ayudar a los ciudadanos cuya discapacidad ha sido reconocida de acuerdo con la propia Ley.

Además de las ayudas económicas a las que pueden tener derecho las personas con grado de discapacidad acreditado, existen otras ventajas que deben tenerse en cuenta:

Medidas fiscales.
Medidas relacionades con la mobilidad y el transporte.
Servicios sociales.

Medidas relacionadas con la integracion social.
Medidas para facilitar el acceso a la educación.
Medidas relacionadas con la vivienda.
Medidas para el acceso de asistencia jurídica.
Ventajas de la tarjeta acreditativa de la discapacidad.

Como se puede ver hay un elevado número de ventajas desconocidas por la mayor parte de la ciudadanía, que son de aplicación y que podrán ser aprovechadas si se tramita la certificación del grado de discapacidad.

En relación a los acúfenos y a otras patologías de las vías auditivas, en uno de los anexos del Real Decreto en el que se describen los conceptos a tener en cuenta para declarar el grado de discapacidad, se indica la normativa siguiente en el capítulo 13:

Normas de carácter general para la valoración de la deficiencia originada por pérdida de audición, alteración del equilibrio y patología tumoral

Pérdida de audición

1. Únicamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.
2. El porcentaje de deficiencia por pérdida auditiva se basará en la pérdida de audición binaural. La disminución de la audición se mide valorando la perdida en decibelios en las 4 frecuencias en que habitualmente se desarrolla la comunicación humana: 500, 1000, 2000 y 3000 Hz.
3. Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear, la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado nunca podrá ser inferior al 33 %.
4. La presencia de acúfenos se valorará según los criterios establecidos en este capítulo para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia. Si no existe pérdida auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que ésta exista.
5. El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista.

Nos limitamos a transcribir las normas relativas a la pérdida de audición debido, tanto al hecho de que muchas personas tienen acúfenos a la vez que pérdida auditiva sobre todo en las frecuencias elevadas, como a que en estas normas se indica la evaluación en caso de acúfenos.

No puede afirmarse que en relación a los acúfenos la normativa sea muy explícita, más bien podría decirse que es un tanto lacónica, lo cual es una muestra más de la escasa atención que nuestras autoridades sanitarias prestan a los que tenemos acúfenos e hiperacusia. Además esta falta de concreción objetiva deja la decisión sobre la discapacidad por acúfenos al criterio subjetivo de los facultativos correspondientes.

Sigue a las normas anteriores la casuística para establecer los distintos grados de discapacidad en función de las pérdidas de audición.

El procedimiento de la declaración de grado de discapacidad, se realiza ante el CAD Centro de Atención a Disminuidos de forma presencial o a través de la web de la correspondiente Comunidad Autónoma, ya que actualmente la competencia para declarar el grado de discapacidad recae sobre las Comunidades Autónomas a través de los CAD.

Suele existir una lista de espera para la revisión de discapacidad, que puede llegar a 6 meses depen-

diendo de la zona. Los CAD, cuentan con técnicos facultativos (médicos), psicólogos y asistentes sociales que valoran el grado de discapacidad de las personas.

Una vez completado, el informe se remitirá por correo electrónico a todos los socios que gozan de esta facilidad, lo que esperamos que pueda ser conjuntamente con la revista Apat 42 que debe aparecer a finales del mes de septimebre próximo. Los socios que lo precisen en papel deberán solicitarlo y se les enviará el informe impreso.

Musicoterapia: *Heildelberg Neuro-Music Therapy*

Confirmamos lo anticipado en Apat 40 relativo al estudio de musicoterapia dirigida a personas con acúfenos, por aplicación del protocolo conocido como *Heildelberg Neuro-Music Therapy,* del que dimos amplia información. El estudio llevado a cabo en la Universidad de Heildelberg con 250 pacientes arrojó unos resultados esperanzadores. Este hecho y la circunstancia de que se trate de una terapia no invasiva han determinado nuestra decisión.

Por razón de su coste, consideramos que el alcance que podemos dar a nuestro estudio, de momento, debe ser limitado, por lo que nos proponemos que participe **un mínimo de 10 voluntarios y un máximo de 12, dispuestos a participar durante 10 sesiones de 50 minutos de tratamiento a lo largo de 10 semanas**. Sabemos que este número reducido de pacientes no podrá aportar evidencias significativas de sus resultados, pero si se apreciara una mejora en todos o en parte de ellos, habrá llegado el momento de ampliar la experiencia a un mayor número de socios.

En el protocolo se establece que el tratamiento es válido para pacientes que tengan acúfenos tonales, es decir, acúfenos en los que se pueda identificar una nota musical predominante que, obviamente, podrá ser distinta para cada uno de los afectados, lo que obliga a que las sesiones de musicoterapia sean individuales en número mínimo de 10 para cada paciente.

La experiencia se realizará inicialmente con socios residentes en Barcelona o en su área de influencia. La selección de socios residentes en Barcelona o en su área de influencia para esta experiencia inicial se explica por el hecho de que los participantes deberán desplazarse en 10 ocasiones a lo largo de 10 semanas al lugar donde se realice la experiencia. No obstante, a la vista de los resultados nuestro deseo es que pueda ampliarse a otras ciudades españolas, siempre que existan voluntarios dispuestos a participar.

La previsión inicial es que las sesiones de musicoterapia se inicien a mediados de octubre próximo. Tanto las fechas definitivas como el espacio donde se realizarán las sesiones se concretarán previamente, pero en todo caso será un espacio accesible mediante transporte público en un área central de Barcelona, y que, obviamente, reúna las condiciones para la práctica de la musicoterapia.

Los socios que deseen participar deberán rellenar un cuestionario que se envia conjuntamente con la presente revista a los socios residentes en Barcelona o en su área de influencia, y deberán devolverlo rellenado por todo el día 15 de julio próximo, por correo postal o por correo electrónico. Se trata de un cuestionario indispensable para decidir si la persona interesada cumple con los criterios de inclusión establecidos en los protocolos citados para participar en el estudio.

La admisión o, en su caso, la no admisión de cada uno de los participantes será realizada por la musicoterapeuta que llevará a cabo el estudio, con sujección a lo establecido en el citado protocolo de la Universidad de Heildelberg, y una vez resuelta se comunicará a la mayor brevedad posible.

¿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