APAT 46
Septiembre 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. Un acúfeno llevó al capitán Kirk al divorcio ... 2
3. La terapia sonoro funcional: innovador tratamiento de los acúfenos mediante los *proteòdies* ... 6
4. Acúfenos causados o agravados por síndrome del dolor miofascial... 10
5. Una solución para mi acúfeno: caso personal... 12
6. La terapia neural... 13
7. Trastornos auditivos debidos a la exposición continuada a ambientes ruidosos... 16
8. Nueva información sobre la unidad de acúfenos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla ... 17
9. Noticia de ASMES 17

Tratamiento de musicoterapia para personas afectadas por tinnitus tonal

En revistas anteriores explicamos el interés de nuestra asociación en colaborar en un estudio de musicoterapia aplicada al tinnitus, de acuerdo con un protocolo de tratamiento puesto en práctica con resultados positivos en la Universidad de Heildelberg en Alemania, denominado Modelo Heildelberg de Neuro-Musicoterapia.

La musicoterapeuta se está haciendo cargo de la implantación del referido protocolo a los voluntarios que se ofrecieron para ello y que cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio. Inicialmente invitamos a participar a socios residentes en Barcelona o en su Área Metropolitana, dado que el tratamiento requería que cada participante acudiera en 10 ocasiones, a una sesión individual de 60 minutos de duración. Nuestro propósito fue participar en un estudio inicial o piloto para detectar las posibilidades del tratamiento, y publicar sus resultados para que todos los socios pudieran conocerlos.

La condición de tinnitus tomal crónico, es decir, que el sonido del tinnitus tenga una frecuencia definida que pueda identificarse, o bien sea una forma ruidosa con un centro tonal era una de las condiciones de admisión para participar en el estudio. Aunque este protocolo también puede aplicarse a tinnitus de reciente aparición, ide forma inicial se estableció el criterio de aplicarlo exclusivamente a tinnitus crónico. Inicialmente se presentaron 17 voluntarios, de los cuales sólo 8 cumplieron los criterios de admisión, aunque 2 de ellos, por motivos particulares, no llegaron a realizar las 10 sesiones, por lo que, finalmente entraron en el análisis de resultados un total de 6 personas con tinnitus tonal.

La evaluación de los síntomas del tinnitus se ha realizado en dos ocasiones, al inicio de la terapia e inmediatamente después de la misma mediante diversos cuestionarios que evaluaron la gravedad y angustia relacionada con el tinnitus, las características médicas y psicológicas del tinnitus, los niveles de ansiedad y de depresión, así como el estado mental general del afectado.

La terapia incluye 4 módulos de actuación: 1. Asesoramiento; 2. Entrenamiento en resonancia; 3. Entrenamiento de la corteza neurológica auditiva; y 4. Reacondicionamiento al tinnitus. Los participantes destacaron como muy útiles las técnicas de entrenamiento en resonancia y reacondicionamiento al tinnitus, al ser módulos que mejoran la propia determinación y las creencias de control de los afectados ya que aprenden técnicas con el fin de influir activamente en su tinnitus.

Los voluntarios han finalizado las sesiones previstas, y se dispone de los resultados de los test al inicio y a la finalización de la terapia. Queda por evaluar los efectos de la terapia a los 6 meses de finalizar el tratamiento, aproximadamente a finales de octubre próximo.

Los resultados disponibles hasta la fecha muestran una reducción de las puntuaciones globales del cuestionario *Tinnitus Questionnaire TQ* pre-post tratamiento que pueden explicarse por cambios significativos en las distintas subescalas del TQ, especialmente en las subescalas estrés emocional y cognitivo, intrusividad y malestar somático. Cinco de los 6 participantes (83 %) reflejan una disminución fiable de la patología del tinnitus en el curso de la terapia musical según las puntuaciones del cuestionario TQ (antes y después del tratamiento). De forma subjetiva, según el cuestionario de satisfacción de la terapia, 3 de los 6 paticipantes (50 %) describen que sus síntomas del tinnitus han mejorado a la finalización de la terapia. Ninguno de los participantes ha visto agravados sus síntomas como efecto de la musicoterapia.

Este estudio presenta algunas limitaciones En primer lugar, el reducido número de voluntarios que realizaron la totalidad de los ejercicios determina que los resultados obtenidos tienen una baja significación estadística. En segundo lugar, el protocolo es adecuado sólo para un subgrupo de afectados de tinnitus: personas que no presenten hiperacusia severa y/o pérdida de la audición mayor de 60 dB. El tratamiento consiste en una terapia focal a corto plazo por lo que no se puede incluir un tratamiento psicoterapéutico en profundidad. Por ello, los participantes no pueden ser admitidos si sufren comorbilidades psiquiátricas graves. En general al terapia musical es un método de corta duración para personas afectadas por tinnitus tonal y de severidad del tinnitus de ligera a moderada.,

En el supuesto de que alguna persona esté interesada en realizar la terapia en estos momentos, puede dirigirse a la musicoterapeuta Laura Gascueña Rubio, en el e-mail: laura.gascuena@gmail.com, o número de teléfono 650 23 25 13.

Un acúfeno llevó al capitán Kirk al divorcio

El pasado 22 de agosto el periódico La Vanguardia publicó una entrevista con el Dr. Pawel Jastreboff, otorriolaringólogo que ejerce en Atlanta (Estados Unidos), que el periódico tituló *Un acúfeno llevó al capital Kirk al divorcio*, en alusión a que el entrevistado explicó que uno de sus pacientes famosos es el actor William Shatner que representa al capitán Kirk en Star Trek, el cual padeció acúfenos durante muchos años que le apartaron de la vida social e incluso lo condujeron al divorcio. Hoy sonríe y vuelve a gozar de la vida, explica el Dr. Jastreboff.

El Dr. Jastreboff es el padre de la TRT Tinnitus Retraining Therapy o Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus, la cual viene practicando en su clínica de Atlanta hace ya más de 25 años, y de la cual hemos publicado algunas informaciones en revistas anteriores.

Al leer la entrevista, varios lectores se han interesado por conocer qué es la TRT, ya que si bien la mayor parte de las personas con acúfenos saben que esta terapia existe, pocos saben en qué consiste, por lo que nos hemos decidido a publicar lo que sigue para información de nuestros lectores.

TRT Terapia de reentrenamiento del tinnitus

Durante años, se han ofrecido muchos métodos de tratamiento del tinnitus, pero pocos han sobrevivido la prueba del paso del tiempo. Incluso ahora, no tenemos un método basado en un mecanismo para proporcionar una cura segura del tinnitus. Más de dos décadas han pasado desde la introducción del modelo de tinnitus neurofisiológico y de la terapia de reentrenamiento del tinnitus (TRT). A pesar de las controversias y las críticas que rodean a este enfoque, el número de pacientes a los que se ha ayudado está creciendo constantemente, no sólo en Estados Unidos sino alrededor de todo el mundo. De hecho, la TRT se utiliza con éxito ahora en más de 20 países.

¿Qué es la TRT? La TRT refleja la puesta en práctica del modelo neurofisiológico del tinnitus. Los principales principios del modelo neurofisiológico del tinnitus forman la base de la TRT. Específicamente: 1. Los sistemas nerviosos límbico (emocional) y autónomo son los sistemas dominante y primario para el desarrollo de la molestia del tinnitus, mientras que, sorprendentemente, el sistema auditivo juega un papel en cierto modo secundario en la manifestación del tinnitus; 2. El cerebro demuestra altos niveles de plasticidad y es capaz de habituarse a cualquier señal neutra, una vez que las asociaciones negativas con la señal (como es el caso del tinnitus) son neutralizadas; y 3. La hipersensibilidad al sonido (hiperacusia) suele coexistir con el tinnitus.

En términos prácticos, la TRT es un método orientado principalmente a la habituación del cerebro y del cuerpo en cuanto a las reacciones evocadas por el tinnitus, y en segundo lugar, a la habituación de la percepción del tinnitus. Por eso, los pacientes que han realizado una TRT con éxito no sienten que su tinnitus es una molestia, aunque sean conscientes de él. Además, disminuye la cantidad de tiempo en el que un paciente con una TRT bien realizada percibe el tinnitus.

La habituación al tinnitus se consigue induciendo cambios plásticos en el cerebro de los pacientes. Específicamente, son reentrenados determinados reflejos condicionados que conectan los sistemas nerviosos auditivo, límbico y autónomo, y son modificadas las redes neuronales en el nivel subconsciente de las áreas auditivas. Es importante saber que la mayoría de estas conexiones están en el nivel subconsciente y los procedimientos de la TRT lo tienen en cuenta.

Los dos principales componentes de la TRT son: 1. Asesoramiento terapéutico (*counselling*): intensivo, individualizado e interactivo; y 2. Terapia sonora.

Las sesiones de asesoramiento terapéutico tienen como objetivo que el paciente reclasifique al tinnitus en una categoría de señales neutras. Durante las sesiones, el tinnitus es desmitificado y a los pacientes se les enseñan los mecanismos psicológicos del tinnitus y de la angustia que les causa, así como los mecanismos través de los cuales se puede alcanzar la habituación al tinnitus.

El segundo elemento de la TRT es la terapia sonora. Se trata de un sonido con una amplia franja de frecuencias que incluye todas las frecuencias perceptibles por el oido humano, que disminuye la diferencia entre el tinnitus percibido y la actividad neuronal de fondo. Y entonces, la fuerza de la activación de los sistemas nerviosos límbico y autónomo, que en el nivel conductual (terapéutico) está reflejada por una disminución de la molestia del tinnitus evocado, se reduce. A cambio, esto disminuye el refuerzo negativo en los arcos de reflejo condicionado y permite un bloqueo de la señal del tinnitus dentro de la parte subconsciente de las áreas auditivas, es decir, permite una habituación de la percepción del tinnitus.

El ruido de fondo aumentado crea una situación esencialmente en oposición con el típico tranquilo ambiente que puede inducir o aumentar el tinnitus. Específicamente, a todos los pacientes se les aconseja evitar el silencio y enriquecer los sonidos de fondo utilizando la naturaleza o la música. Además, no deberían proteger sus oídos en situaciones normales diarias. Para los pacientes con daños auditivos, los sonidos de fondo son amplificados con ayudas auditivas (audífonos).

Para realizar la terapia sonora se dispone de generadores de sonido de banda ancha, sonido conocido como blanco. Los generadores son prótesis auditivas de forma externa similar a los audífonos utilizados para co-

rrección de la hipoacusia. Esto facilita la habituación al tinnitus y ayuda a remover/reducir la hiperacusia que frecuentemente acompaña al tinnitus. Aunque cabe utilizar protocolos específicos según las características del paciente y de su tinnitus (basados en grados de pérdida auditiva, presencia de hiperacusia, agravación de los problemas después de exposición al ruido), estas reglas generales son las mismas para todos los pacientes.

En la actualidad además de los generadores descritos se dispone de APPs y de DVDs que contienen el denominado sonido blanco, el cual puede utilizarse trasladándolo a un dispositivo MP3, a un ordenador o dispositivo similar; aunque su utilización, si no va acompañada del *counselling* ya descrito, conduce inevitablemente al fracaso.

Para ayudar a ilustrar la popularidad y la aceptación del TRT, es interesante notar que durante el Sexto Seminario de Tinnitus Internacional en Cambridge, Reino Unido, del año 1999, se presentaron 132 publicaciones, de las cuales el 25% trataba del TRT directa o indirectamente. Considerando que en el Quinto Seminario (año 1995) no hubo publicación alguna sobre la TRT, está claro que la TRT ha conseguido un alto nivel de reconocimiento en un corto periodo de tiempo.

Hay una cuestión importante sobre la TRT, no resuelta aún, que trata sobre la evaluación de la validez de este método. Desgraciadamente, debido a la naturaleza y la popularidad de la TRT, no ha sido posible preparar y realizar un estudio a doble ciego (el método de doble ciego es una herramienta del método científico que se usa para prevenir que los resultados de una investigación puedan estar influidos por el efecto placebo o por el sesgo del observador). Actualmente, no hay resultados de estudios realizados científicamente que evalúen el resultado de la TRT. Sin embargo, se informó ampliamente de los resultados de la práctica clínica durante el Sexto Seminario Internacional en Cambridge, Reino Unido en 1999, y fueron publicados en las Actas del Seminario.

Un estudio reciente de la TRT, basado en la tesis de su autora fue presentado por McKinney (Reino Unido). Presentaba resultados de una prueba aleatoria donde 169 pacientes fueron distribuidos en grupos con: 1. Generadores de sonido blanco graduados en el umbral auditivo; 2. Generadores de sonido blanco graduados en el nivel donde la percepción del tinnitus y el sonido externo empiezan a mezclarse o combinarse juntos (el nivel óptimo para la TRT); y 3. Terapia solamente sin utilización de generadores de sonido. Los pacientes con tinnitus y pérdida auditiva fueron distribuidos en grupos con audífonos o instrumentos combinados (audífono combinado con generador de sonido). La efectividad del tratamiento variaba desde un 64 a un 84%. El grupo tratado con generadores de sonido, colocado en el nivel donde la percepción del tinnitus y los sonidos externos se mezclan, tuvo la mejor clasificación (84%). Los resultados eran coherentes con las predicciones del modelo neurofisiológico del tinnitus y respaldaban la importancia de la terapia sonora. De manera interesante, la mejora en el alivio del tinnitus fue observada en sólo un 6% del grupo no tratado de 113 personas.

Recientes estudios con imagen cerebral funcional confirmaron la predicción del modelo neurofisiológico en que el sistema límbico está implicado en el tinnitus. Además, un estudio de los cambios de los niveles de mínimo enmascaramiento durante el tratamiento, permitió descubrir la existencia de modificaciones con tratamiento inducido de las redes neuronales con áreas auditivas, reflejando una habilidad aumentada para bloquear la señal del tinnitus y, consecuentemente, su percepción.

Hay un significativo número de capítulos de libros y revistas sobre la TRT y sobre la base científica de este método. Sin embargo, aún hay puntos que requieren una explicación más extensiva. Por ejemplo, es necesaria una descripción detallada suficientemente en relación con el uso del sonido cuando se presenta la TRT a profesionales en el ámbito de la audiología. También se necesitan descripciones de interacciones directas con pacientes y explicaciones proporcionadas a los pacientes para conseguir el escenario adecuado para que se dé la habituación.

Las preocupaciones frecuentes de los pacientes de tinnitus incluyen: '¿Es el tinnitus un síntoma que amenaza enfermedad?', '¿Me quedaré sordo?', 'Temo que el tinnitus vaya a peor', 'Nadie comprende mi tinnitus', y ' Piensan que tengo un problema mental', 'Tengo problemas de concentración', 'No puedo dormir', 'Tengo

miedo de perder mi trabajo', 'No entiendo a la gente', 'No puedo participar en muchas actividades', 'Estoy perdiendo la alegría y mi sentido de la vida', y 'Me siento deprimido'. Estas preocupaciones descritas son comunes y normales.

Obviamente, estas preocupaciones ponen al tinnitus en la categoría de factores importantes que inducen a reacciones negativas del sistema límbico y el sistema nervioso autónomo, poniendo en marcha el circulo vicioso e impidiendo que ocurra una habituación espontánea. Después de que un médico excluya problemas tratables desde el punto de vista quirúrgico o médico, y asegure al paciente que no hay una base para preocupaciones de salud relacionadas con el tinnitus, se podrán tratar otras cuestiones.

El tinnitus es un problema normal en USA. Sobre unos 50 millones de personas en USA tienen tinnitus. Afortunadamente, menos del 25% de los que lo experimentan, padecen por ello. Es difícil determinar por qué algunas personas sufren a causa de su tinnitus, mientras a otras no les afecta. Puede que esté relacionado con cambios psicológicos (por ejemplo: cambios hormonales), una predisposición a un problema (por ejemplo: una depresión preexistente), sucesos accidentales en la vida (por ejemplo: jubilación), exposición a medicamentos ototóxicos, un perfil psicológico o una predisposición, irregularidades en el sistema límbico o autónomo, o muchas otras etiologías o motivos.

Como no se han probado ninguna de las teorías propuestas de los mecanismos de generación de señales del tinnitus, cuando hablamos del tinnitus con los pacientes, escogemos la Teoría de la Disfunción Discordante, que presenta al tinnitus como un resultado de compensación por el sistema auditivo de otra disfunción/dolencia dentro de las áreas auditivas.

Es muy importante hablar sobre los resultados auditivos y sobre un asesoramiento apropiado del paciente. En muchos casos, al paciente le sorprende no hallar correlación entre la intensidad del tinnitus y la percepción de un volumen de sonido fuerte, del tono o del enmascaramiento del tinnitus. Además, no hay diferencia en la caracterización psicoacústica del tinnitus entre aquellos que lo padecen comparados con los que simplemente lo experimentan. Parece que el problema surge cuando ocurre una activación de los sistemas límbico y nervioso autónomo, debido a la creación de un arco reflejo condicionado, produciendo una reacción autónoma inmediata, realzada más bien por un circulo de retroalimentación que crea un escenario de circulo vicioso.

A nivel conductual, la activación de los sistemas nervioso autónomo y límbico se manifiesta por un tinnitus que provoca molestia y emociones fuertes, lo cual aumenta la molestia y las emociones negativas. Estas reacciones sirven de refuerzo negativo para no permitir que se dé una habituación natural y espontánea. Por eso es tan importante ofrecer suficiente información a los pacientes sobre los mecanismos del tinnitus y de la hiperacusia, y responder de manera clara y coherente todas las cuestiones mientras se abordan sus preocupaciones o intereses.

La TRT es una aproximación útil al manejo y tratamiento del tinnitus. Es altamente efectiva tanto para el tinnitus como para la hiperacusia. Y se puede poner en marcha con éxito en la práctica audiológica. Aunque la TRT puede ser dirigida por varios terapeutas de la salud, los audiólogos son los profesionales mejor cualificados para llevar a cabo la TRT, puesto que tienen un conocimiento a fondo de la fisiología auditiva y de la pérdida auditiva. Se les permite aconsejar a los pacientes, y están autorizados a dispensar generadores de sonido y audífonos (si es necesario). Por eso, los audiólogos están en posición ventajosa para dirigir una TRT.

Resumen

La práctica de la TRT requiere dos acciones: el consejo terapéutico y la terapia sonora, y ambas son necesarias e indispensables, hasta el punto de que realizar la terapia sonora sin haber recibido las sesiones de consejo terapéutico suele ser una pérdida de tiempo y de dinero. Por ello, los pacientes que piensen en practicar la TRT correrían el riesgo de fracasar si se limitan a adquirir los generadores de sonido blanco para realizar la terapia, como nos consta que ha pasado en algunos casos, sin recibir el consejo terapéutico de un especialista.

Algunas instituciones médicas privadas y algunas firmas comerciales ofrecen la práctica de la TRT, y el paciente que acuda a dichas instituciones debe asegurarse que la terapia que le ofrecen incluye las dos acciones descritas.

El capitan Kirk y Spock en Star Trek. El actor que representa al capitan Kirk, a la izquierda de la imagen, tenía tinnitus y consiguió habituarse mediante la TRT, recuperando así la calidad de vida perdida por causa de su tinnitus.

La terapia sonoro-funcional: innovador tratamiento de los acúfenos mediante las *protéodies*

Hemos visto en France Acouphènes la descripción de un nuevo tratamiento sonoro de los acúfenos basado en las *protéodies*, que nos ha parecido muy interesante por tratarse de una terapia no invasiva en absoluto, y que, según parece debe tener un coste razonable para el paciente. El autor de la información, el Dr. Jacques Aime, otorrino, ejerce en el *Centre Hôspitalier Universitaire de Nîmes*, ha publicado un libro titulado *Acouphènes et Protéodies* que hemos adquirido y leído con el fin de tratar de comprender en qué consiste la terapia.

***Protéodies* es un término nuevo que resulta de los términos *proteines* y *melodies* que podría traducirse por la melodía de las proteinas. Dado que no hemos sabido encontrar su traducción al español, que probablemente no existe aún, mantenemos en el texto que sigue el término en francés.**

La Terapia Sonoro-Funcional (TSF) es un concepto original de musicoterapia personalizada utilizada como tratamiento complementario en las personas con acúfenos. Un estudio clínico de esta terapia se ha realizado con 100 pacientes a lo largo de 18 meses, con resultados esperanzadores como muestran las informaciones estadísticas presentadas. No es una terapia alternativa, ya que se puede adaptar a cualquier otro tratamiento ya en práctica, sea psicológico o sea de enmascaramiento de acúfenos, y asimismo es válida para todo paciente que utiliza audífonos.

Con el fin de responder a la demanda de pacientes afectados por los ruidos parásitos que son los acúfenos, el Dr. Aime ha puesto en práctica un protocolo de tratamiento específico después de haber estudiado la técnica y los principios de su utilización.

La asociación de acúfenos y *protéodies* produce un nuevo paradigma terapéutico: la Terapia Sonoro Funcional (TSF) que pone en juego la escucha de determinadas piezas musicales específicas para la terapia. Este método original y novedoso podrá aportar un complemento terapéutico en esta patología compleja y a menudo invalidante.

El tratamiento actual de los acúfenos se basa en múltiples técnicas de enmascaramiento utilizando una audioprótesis y un generador de sonido, las terapias sonoras filtradas (AidopNotch), las neuroestimulaciones, los enmascaramiento tipo TinniTool, la terapìa acústica de habituación (TRT de Pawel Jastreboff), la terapia sonora secuencial (TSS de M.A. López González) y la estimulación auditiva con frecuencias personalizadas.

La novedosa TSF utiliza la música de las proteínas bajo la forma de sesiones de música específicas y adaptadas. Se trata de un método basado en la mecánica cuántica. La física de las partículas elementales presenta dos aspectos de la materia: corpuscular y ondulatoria. A partir de este concepto, la genómica permite carac-

terizar ondas vibratorias propias de los ácidos amínicos interviniendo en la biosíntesis de las proteínas. La escucha regular según un protocolo preestablecido modificará en el paciente la percepción y el sentimiento de su patología modulando la síntesis de estas proteínas tanto en el nivel periférico del oído interno como en el nivel central de las zonas cerebrales. Esta estimulación, o a la inversa, esta inhibición, debería aumentar o disminuir el contenido de determinados neurotransmisores, neuromediadores o proteínas específicas en un sentido determinado, según las necesidades de cada unidad celular. Este diálogo con sus propias células (neuronales y cocleares), que esta musicoterapia hace posible debería permitir en consecuencia la modificación y el tratamiento de los cortocircuitos generadores de acúfenos. Este procedimiento terapéutico precisa una participación activa del paciente que va a gestionar personalmente su tratamiento y su curación.

¿Qué son los *protéodies*?

Diversas investigaciones han demostrado que el complejo funcionamiento de los circuitos cerebrales, en particular los referentes a las zonas de percepción sonora, son influidos por la percepción de determinadas melodías. Los procesos que sin interrupción tienen lugar en el cerebro humano, y que determinan el funcionamiento de los circuitos cerebrales, requieren la formación de determinadas proteínas indispensables para la función cerebral, y la influencia de determinadas melodías en el funcionamiento de los circuitos cerebrales se produce modificando la acción de tales proteínas, sea por acción o sea por inhibición. Por ello se han denominado *protéodies* (vocablo francés que reúne los términos proteínas y melodías) lo que podría ser la música de las proteínas.

Una persona que no tiene acúfenos y está en silencio, no tiene actividad cerebral en el área que procesa los estímulos sonoros, ya que el oído interno no genera impulsos eléctricas hacia el cerebro a través del nervio acústico, debido a que sus células ciliares no perciben sonido alguno, y por tanto están inactivas. Al contrario de lo anterior, las personas que tienen acúfenos presentan en las zonas del cerebro que procesan las sensaciones acústicas, aún no existiendo percepción sonora alguna, una elevada hiperactividad en todo momento que se traduce en la percepción de un sonido parásito denominado acúfeno. En esta hiperactividad tienen un papel importante las proteínas, papel que puede modificarse por la percepción de determinadas melodías.

Previamente al inicio de una terapia basada en los *protéoides* es indispensable explicar al paciente su forma de acción para un buen desarrollo del protocolo. Tratamos de explicarlo mediante una metáfora. Un virus informático que contamina un ordenador sería un ejemplo. Después de una situación o de un episodio traumatizante, sea o no sonoro, el sistema nervioso central acusa un funcionamiento anormal en distintos circuitos electrofisiológicos, al igual que un virus informático contamina un ordenador. El mal funcionamiento de dichos circuitos genera un proceso patológico que encuentra su solución en la emisión de un sonido parásito: el acúfeno. El antivirus que se utiliza en el ordenador equivale en nuestro caso a la melodía codificada específica escuchada por el paciente en el transcurso de la terapia sonora TSF, que puede tener la propiedad de corregir el mal funcionamiento de los circuitos electrofisiológicos cerebrales causantes del acúfeno.

Tratamiento de los acúfenos por los *protéodies* según estudio realizado por el autor

Introducción

El protocolo terapéutico una vez seleccionados los pacientes, consiste en un tratamiento de escucha de secuencias musicales específicas a lo largo de 3 meses. Se proponen al paciente diversos test de escucha que le permitirán escoger entre varias secuencias que serán utilizadas en la terapia. El resultado evaluado al término de los 3 meses permite juzgar la eficacia completa o parcial de esta terapia sonora específica.

El trabajo se ha realizado sobre 100 pacientes seleccionados según los criterios de inclusión consistentes en un conocimiento suficiente para comprender la terapia, la motivación ya que estas escuchas requieren una participación activa, y asimismo la capacidad de manipular correctamente el material de escucha.

A todos los pacientes se les ha realizado un balance completo de ORL (otorrinolaringología) tanto clínico como paraclínico: quejas, convicciones y objetivos de curación, reestructuración cognitiva sobre sus conocimientos y creencias sobre sus acúfenos, diagnóstico médico, tratamientos anteriores y evaluación de sus acúfenos (hemos utilizado la escala visual analógica EVA por su simplicidad).

Los pacientes incluidos en este estudio se quejan de ruidos en los oídos uni o bilaterales con una antigüedad desde unos pocos meses a varios años, y están decididos a implicarse peronalmente. Se han excluido los sujetos que tienen acúfenos inestables, intermitentes o asociados a ruidos pulsátiles, o con un perfil psicológico particular tratados por psiquiatría con un elevado nivel de incapacidad para seguir el tratamiento.

Consideraciones previas

El protocolo requiere una preparación del paciente para una buena aplicación de la técnica y del desarrollo de la TSF.

Durante las escuchas pueden darse varias situaciones con consecuencias sobre el seguimiento de la terapia, situaciones que sintetizamos en las 5 siguientes:

– Desaparición total, completa y definitiva del acúfeno.
– Desaparición progresiva por etapas.
– Evolución sinusoidal: la intensidad percibida disminuye, luego aumenta y vuelve a disminuir, etc.
– Aparición de zonas blancas de silencio que varían de unos pocos minutos hasta días enteros.
– Aumento leve y transitorio de la intensidad del acúfeno, lo que indica la necesidad de modificar la posología (escuchas).

Las condiciones de escucha óptimas para un mejor resultado terapéutico son:

– Utilización de un casco con auriculares.
– Posología recomendada, variando de 1 a 3 veces por día durante 10 minutos en situación relajada sin otra actividad (sin lectura, sin TV, etc.)
– Un breve tiempo de descanso después de practicar la TSF.

Tratamiento

La ***primera consulta de iniciación*** permite identificar un registro de secuencias musicales a escoger de forma personal por el paciente. El paciente sale de la consulta con su aparato USB activo y los audios seleccionados.

La ***segunda consulta de adaptación*** un mes después, permite tener un conocimiento de la evolución de la patología, y modificar, si es el caso, las secuencias musicales.

La ***tercera consulta es una visita final*** al cabo del trimestre para recoger el resultado final de las escuchas. Una prolongación del tratamiento puede realizarse según los resultados conseguidos y los deseos del paciente.

Resultados de la TSF

La experiencia obtenida en el estudio realizado a lo largo de 18 meses, ha permitido establecer distintas consideraciones epidemiológicas que pueden no coincidir con exactitud con las estadísticas clásicas. Se trata de un estudio realizado sin grupo de control, por lo que no debe excluirse el efecto placebo.

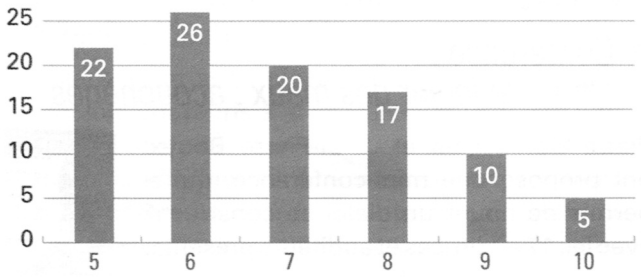
De los 100 pacientes, 44 eran de sexo masculino. En cuanto a su edad 88 tenían más de 40 años y menos de 80. Los pacientes con acúfenos unilaterales fueron 32, y los restantes 68 tenían acúfenos bilaterales, aunque en 22 casos percibían mayor intensidad en uno de los dos oídos que en el otro. En cuanto a la antigüedad de los acúfenos 78 pacientes los sufrían desde hacía más de 2 años.

Se piensa que los acúfenos antiguos o envejecidos de más de 12 meses son más difíciles de diagnosticar y, por tanto, de tratar que los acúfenos recientes. En opinión del autor, tanto la antigüedad del acúfeno como la uni o bilateralidad no tienen repercusión en el tratamiento del acúfeno. Es cierto que en caso de una sordera súbita o brusca es mejor realizar un tratamiento urgente para tener mayores posibilidades de recuperación, pero una consideración idéntica para el acúfeno no tiene base alguna.

El estudio sobre el déficit auditivo de los 100 pacientes ha sido muy interesante aunque contradictorio con la creencia clásica sobre la asociación pérdida de audición y acúfenos. Los pacientes sin problemas auditivos o con una pérdida auditiva leve fueron 74, en tanto que 21 de ellos tenían una pérdida auditiva mediana que les obligaba a utilizar audífonos, y solo 5 de los pacientes tenían una sordera severa.

Es muy interesante observar la intensidad subjetiva del acúfeno manifestada por los 100 pacientes, recogida mediante el empleo de la escala visual analógica EVA, que consiste en una escala numerada del 1 al 10, en la que el paciente marca la intensidad percibida. En el 10 se refleja la intensidad máxima que el paciente considera que puede alcanzar el acúfeno, y en el 1 se refleja la ausencia del acúfeno. Las intensidades subjetivas 5, 6, 7 y 8 las percibían 85 pacientes, no hubo ningún paciente que manifestara percibir una intensidad inferior al 5 de la escala, y finalmente 15 pacientes manifestaron las mayores intensidades: 9 y 10.

Intensidad subjetiva del acúfeno según la escala EVA (apreciación del paciente)



Finalmente cabe señalar que 24 pacientes debían su acúfeno a un traumatismo sonoro, 35 a una enfermedad otológica y los restantes 41 desconocían el origen de su acúfeno, aunque parte de ellos creía que se debía a sucesos o a episodios estresantes de su vida, y algunos manifestaron que creían que su acúfeno había sido ocasionado por fármacos ototóxicos.

Resultados

Se exponen los resultados obtenidos al comparar los resultados en la escala visual analógica EVA antes y después de los 3 meses de tratamiento. Hubo 14 pacientes que, por razones personales diversas, no concluyeron el tratamiento, y por tanto sus resultados no pueden tenerse en cuenta. Hubo 20 pacientes que no obtuvieron mejora alguna, y en 8 la mejora fue escasa (mejora de 1 en la comparación de la escala EVA), en 15 fue mediana (mejora de 2) y en 32 fue satisfactoria (mejora de 3 ó más unidades). Finalmente, 11 pacientes vieron desaparecer completamente su acúfeno, reflejado por el valor mínimo en la escala EVA al término del estudio.

Los acúfenos curados o mejorados significativamente significan el 43% del total, que se eleva al 50% del total si se cuentan solamente los pacientes que realizaron el tratamiento completo.

Los pacientes con mejoras escasas y medianas percibieron efectos benéficos, sobre todo en su estado psicológico, en su estrés y la calidad de su sueño, lo que les permite gestionar mejor la patología.

Finalmente cabe añadir que los 34 pacientes que no obtuvieron resultados (20 sin mejora más 14 que no terminaron el tratamiento) obligan a que en los futuros estudios se realice un estudio crítico para determinar, si es posible, donde se han cometido los errores, que puede ser al seleccionar los pacientes o al explicar la esencia del tratamiento.

Conclusión

Este estudio original realizado en base a un novedoso método sonoterapéutico ha permitido establecer varios criterios, no siempre de conformidad con los resultados clásicos. Esta técnica de musicoterapia codificada, muy simple en su puesta en funcionamiento podría ser una respuesta complementaria a la de otros tratamientos demandados por las personas con acúfenos. El resultado es interesante, ya que el 50 % de los pacientes obtuvieron beneficios importantes (los que se curaron más los que han tenido una mejora significativa). Por todo ello, se encuentran en curso nuevos estudios aplicando este método, con el propósito de descubrir nuevas *protéodies* específicas.

Nota sobre el libro del Dr. Jacques Aime
Las personas que quieran saber más sobre este método pueden adquirir el libro del autor, cuyo título es *ACOUPHÈNES ET PROTÉODIES.* Para localizar el libro hay que acceder a la web de Éditions Quintessence, www.editions-quintessence.eu

Acúfenos causados o agravados por el síndrome del dolor miofascial (SDM)

En la revista Apat41 publicamos una información sobre los acúfenos de origen somático, entre los que se encuentran los generados por el síndrome de dolor miofascial (SDM) en alguno de los músculos de la cara y del cuello cercanos al oído. Nos han pedido que tratemos de ampliar la información sobre estos acúfenos, ya que en el artículo de referencia nos limitamos a señalarlo sin profundizar en el tema.

En los músculos se pueden producir contracturas causadas por placas motoras disfuncionales, que dan lugar a la aparición de bandas tensas identificables por distintos procedimientos. Estas contracturas se conocen como puntos gatillo miofasciales (PGM) y pueden ser la causa de dolores que en algún caso son dolores referidos. El concepto dolores diferidos significa que el paciente aprecia el dolor en un punto distinto del punto en el que tiene el PGM que es la causa del dolor apreciado.

Los PGM duelen localmente cuando son presionados lo que permite identificarlos. 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 o presionado.

Se han estudiado los PGM y su relación con los acúfenos confirmando la posible relación entre ellos, y además se ha confirmado que existe una relación de lateralidad: los acúfenos del lado derecho se asocian a PGM del mismo lado, y lo mismo ocurre en el lado izquierdo. Esta asociación PGM-acúfenos se basa en que la palpación de los PGM provoca modulación temporal de los acúfenos y en muchos pacientes la desactivación de los PGM da lugar a la mejoría e incluso a la desaparición de los acúfenos. La explicación puede ser que el PGM causa un dolor referido en un punto distinto del de su situación.

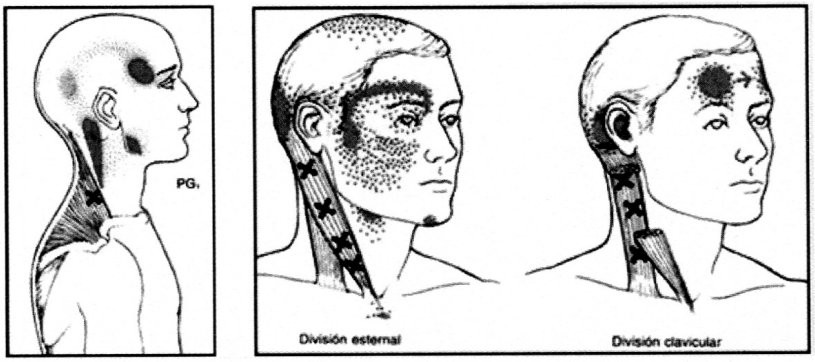
Diversos estudios que confirman la existencia de esta asociación aconsejan considerar seriamente a los PGM como causa o concausa de los acúfenos. Los músculos más relacionados con los acúfenos son los de la cabeza y cuello: temporal, masetero, esternocloidomastoideo, trapecio, esplenios, escalenos y elevador de la escápula.

El SDM es el conjunto de signos y síntomas causados por los PGM que incluyen dolor, debilidad muscular, restricción de la movilidad, descoordinación, fatiga muscular, retardo en la relajación y en la recuperación muscular después de la actividad, etc. Puede ser que en el paciente que tiene acúfenos y observa alguno de los síntomas anteriores, la existencia de PGM en los músculos descritos sea la causa de su acúfeno o bien sea un factor agravante del mismo.

Existen diversos tratamientos del SDM, entre ellos la denominada punción seca (PS), que consiste en el

empleo de un estímulo mecánico de una aguja como agente físico del tratamiento. El término seca se utiliza para distinguir el tratamiento de otras técnicas invasivas en las que se infiltra alguna substancia.

El tratamiento del SDM que consiste en la desactivación de los PGM deben realizarla facultativos especialistas. Nos consta que en España ejercen fisioterapeutas en muchas ciudades españolas que han recibido una formación específica sobre el tratamiento del SDM, por lo que los pacientes que sospechen que su acúfeno puede estar ocasionado a un PGM y que además aprecian alguno de los síntomas descritos deberían tratar de que les vea un facultativo especializado.



PGM

En una conferencia que nos impartió el Dr. Orlando Mayoral del Moral en el año 2011, de las respuestas a las preguntas de los asistentes deducimos lo siguiente:

– Un número indeterminado de afectados por acúfenos (que puede ser hasta el 20 %) debe su acúfeno o lo ve agravado por causa de PGM.
– Se pueden identificar los PGM y eliminarlos totalmente.
– El tratamiento de los PGM debe hacerlo profesionales especializados en el tema, generalmente fisioterapeutas con formación específica.
– Parece evidente que algunos profesionales desconocen la relación entre PGM y acúfenos, ya que en las consultas por acúfenos no es habitual que el paciente sea derivado al especialista en SDM/PGM. Esta derivación no se contempla en los protocolos de actuación de los profesionales de los Sistemas de Salud Pública.

Las informaciones anteriores se confirman en una tesis doctoral presentada en la Universidad Pública de Navarra por el Dr. Xabier Martínez de Santos, consistente en una revisión de todo lo publicado que aparece en distintas bases de datos en referencia a la relación entre los acúfenos y el SDM, en la que se describen 22 estudios publicados en todo el mundo en los que se establece claramente la relación descrita: acúfenos y SDM en determinados músculos de la cabeza y del cuello.

Asimismo, en un estudio llevado a cabo en 2013 en la Universidad de Sao Paolo (Brasil) que contó con 71 pacientes con acúfenos, llegaron a las siguientes conclusiones: 1. En todos los pacientes con acúfenos es preciso estudiar si existen puntos gatillo miofasciales en los músculos cercanos al oído; 2. Es preciso comprobar la lateralidad de acúfeno y del PGM (verificar que ambos se encuentran en el mismo lado); y 3. Verificar si la palpación del punto gatillo miofascial se traduce en una reducción de la intensidad percibida del acúfeno.

Las informaciones sobre la tesis doctoral presentada en la Universidad Pública de Navarra y sobre el estudio realizado en Brasil, nos las ha enviado Merry de Bilbao, a la que damos las gracias por estar siempre al pie del cañón para informarnos sobre novedades referentes a los acúfenos.

Una solución para mi acúfeno. Caso personal

Hemos recibido un correo de Nuria, residente en Barcelona, en el que nos explica como mediante la aplicación de la terapia neural, de la que no teníamos información, ha conseguido prácticamente eliminar sus acúfenos. Dejamos constancia de nuestro agradecimiento a Nuria por la información que sigue.

Resido en Barcelona y tengo 34 años. Me pongo en contacto con la asociación para explicar mi caso particular, por si sirve de ayuda a otras personas que también están sufriendo acúfenos. Espero que lo podáis divulgar al máximo y conseguir que más gente pueda mejorar su estado de salud.

Hace un año tuve un traumatismo en un oído, tenía mucho taponamiento y ni siquiera el otorrino me podía ayudar. La ansiedad pudo conmigo y empecé a ponerme audimet y a urgarme en los oidos. Al cabo de 1 mes me apareció un acúfeno. Al principio era muy flojo y sólo lo oía por la noche, pero con los meses fue aumentando hasta que después de un año, en mayo del presente año, no podía dormir, tenía mareos, el ruido era muy fuerte, había perdido bastante audición, percibía distorsión de los sonidos, poca percepción del espacio, desorientación, no podía concentrarme, había perdido memoria, estuve de baja todo el mes porque no podía trabajar, con episodios de ansiedad y estrés, e incluso inicio de depresión.

Se lo expliqué a un amigo, y casualmente él empezaba una terapia alternativa para curar un problema digestivo que le perseguía desde hacía más de 10 años. Entonces me recomendó que fuera con él, ya que quizás me podrían ayudar. Yo desconfiaba bastante, porque el otorrino me dijo que esto no tiene solución. Tomaba una dieta con mucho zinc, tomaba gingko biloba, ajo crudo, hacía más deporte, pero seguía igual.

Entonces me arriesgué y fui. La terapia a la que voy se llama «terapia neural» y consiste en una especie de acupuntura con anestesia local que reestructura las células que han sufrido algún traumatismo, es como si hiciera un reset y sanara la zona afectada.

En mi caso, yo voy a la Dra. Marisol Estrems que es cirujana, que me ha comentado que hay muchos médicos en Barcelona que hacen terapia neural.

En la primera sesión, al instante noté una mejoria importante. A la segunda sesión el ruido bajó hasta más del 50 % y ya pude volver a la vida normal, ya no tenía ningún efecto secundario y había recuperado la audición, quizás aún no la haya recuperado al 100 % pero si un 90 %. Hoy he hecho la tercera sesión y ha bajado un poco más.

El acúfeno sigue allí, però lo noto sólo de noche de manera muy suave. Realmente he podido volver a recuperar mi vida y a ser feliz y me gustaría compartir con otras personas esta información.

Me cuesta entender que los médicos especialistas en acúfenos ignoren esta terapia que es tan eficaz, al menos en algunos casos como el mío. Ignoro si a todos los que sufren de acúfenos esta terapia les va a ayudar, pero estoy segura que como a mí, también puede ayudar a otros.

Gracias por darme la oportunidad de explicar mi historia. Saludos.

Núria

A la vista de esta información hemos tratado de saber más sobre la terapia neural recurriendo a las vías habituales: Internet, Wikipedia, etc., y finalmente hemos optado por ponernos en contacto con la Dra. Marisol Estrems para que nos informara sobre la terapia y su aplicación al tratamiento de los acúfenos, la cual nos ha atendido exquisitamente y ha preparado para su publicación la información sobre la terapia neural que transcribimos a continuación.

Terapia neural

Por terapia neural (TN) se entiende el tratamiento específico del **sistema nervioso vegetativo** y de los **nervios periféricos** por medio de la aplicación de **anestésicos locales** muy diluidos. La aplicación del anestésico local es por punción sobre zonas consideradas **campos interferentes** (CI) y sobre **puntos de tensión** localizados según la historia clínica y exploración física en cada paciente. Puede ser a nivel local sobre el punto doloroso, en antiguas cicatrices o sobre ganglios nerviosos.

El sistema nervioso vegetativo regula las funciones de órganos y tejidos, integrándolos en ese todo y manteniéndolo en su máximo equilibrio posible. Cualquier irritación sobre esa red (cicatrices, infecciones, intervenciones quirúrgicas, estrés emocional…) puede alterar el neurovegetativo apareciendo síntomas diversos en **cualquier** zona del cuerpo. La terapia neural pretende neutralizar esas irritaciones mediante inyecciones de un anestésico local en puntos específicos según la historia de vida del paciente, así su sistema nervioso buscará un nuevo orden de mayor equilibrio en el cual el dolor, la infección, la alergia, el desarreglo hormonal quizás ya no tengan una razón de ser.

La terapia neural es una terapia de regulación y uno de los principales métodos para el diagnóstico y tratamiento focal del dolor.

Para entenderlo mejor, podríamos hacer el símil con el sistema eléctrico de una casa. Si la lámpara del comedor no se ilumina, puedo cambiar la bombilla. Si el problema está en la caja de fusibles por muchas bombillas que cambie, seguiré sin luz hasta que repare el fusible. En este caso el fusible equivaldría a los ganglios nerviosos.

Campo interferente

El primer campo interferente (CI) fue descubierto por Ferdinand Huneke en 1940, cuando al inyectar anestésico local en una vieja cicatriz de osteomielitis en la pierna hizo desaparecer una tendinitis del hombro contralateral. En el curso de los años posteriores, se demostró que en cualquier punto del cuerpo, a raíz de un estímulo activo o ya inerte, ya sea infeccioso, químico, físico o traumático, se puede desarrollar un CI y por lo tanto puede provocar interferencias o molestias en cualquier otra parte del organismo. Un campo interferente se elimina por medidas neural-terapéuticas, por medio de una inyección con un anestésico local en dicha zona.

Siempre es importante la búsqueda del foco o campo interferente, pues toda enfermedad puede generar un campo interferente y toda enfermedad crónica puede estar originada por un campo interferente. Las localizaciones principales de focos y campos interferentes son los dientes, las amígdalas, las cicatrices físicas o emocionales, los senos paranasales, la vesícula biliar, el hígado, estómago e intestinos… Aproximadamente el 80% de todos los focos se encuentran en la zona de la cabeza. Por ello, es importante consultar a un odontólogo especialista en TN en caso de carga por amalgama dentaria, dientes desvitalizados, implantes dentales….

Mediante la infiltración de un anestésico local dentro del foco del CI éste puede inhibirse, desapareciendo en pocos segundos el dolor o inflamacción, es el "*fenómeno en segundos*" descrito por Huneke.

Caso 1. *Mujer de 80 años con antecedentes de apendicectomía, varicectomía bilateral hace 40 años, melanoma en la espalda intervenido hace 15 años, se colocó un implante dental al parecer sin más incidencias. Consulta a su médico de cabecera por dolor al levantar brazo derecho a las 3 semanas del implante dental siendo diagnosticada de tendinitis del supraespinoso. Inicia tratamiento con reposo, brazo en cabestrillo y antiinflamatorios AINES. A las 24h se le realiza TN con punción en la boca por el antecedente del implante → mejora del dolor y la movilidad, punción en la cicatriz de la espalda → mejora del dolor y amplia el movimiento, punción segmento hombro derecho → desaparece completamente el dolor recuperando totalmente la movilidad del brazo.*

Cicatrices

Cuando se rompe la integridad de un tejido vivo, como a raíz de una operación quirúrgica (colecistectomía,

amigdalectomía, cesárea….) o de cualquier otra lesión, se generan corrientes eléctricas en las proximidades de la zona afectada. Robert O. Becker, en su trabajo sobre este tipo de electricidad y su relación con la regeneración, demostró que cuando esta corriente invierte su polaridad se puede producir la regeneración, porque la señal de curación predomina sobre la de lesión. Se sabe que las corrientes eléctricas son útiles para procesos de reparación celular, por ejemplo, para soldar fracturas óseas o promover la regeneración de tejidos lesionados. El anestésico local tiene la capacidad de revertir esta polaridad alterada en la cicatriz.

Matriz extracelular

La matriz extracelular (MEC) representa una red tridimensional que engloba a todos los órganos, tejidos y células del organismo. Constituye una capa de protección, nutrición e inervación celular, es el terreno para la respuesta del sistema inmune, para la formación de nuevos vasos y para la regeneración de tejidos. A través de la MEC se transmiten las fuerzas mecánicas a la membrana de la célula activando de este modo los mecanismos epigenéticos que van a producir los beneficios **metaterapeúticos.**

La alteración de la MEC, por toxinas o cicatrices (físicas o emocionales) supone la pérdida de su función, nutrición, eliminación, pérdida de la capacidad de regeneración y cicatrización y alteración de la capacidad mecánica que va a conllevar cambios en la expresión del ADN y la pérdida del sustrato para una correcta respuesta inmune ante agentes infecciosos y tumorales.

Todas las partes de nuestro cuerpo (mente, órganos y tejidos) y nuestro ser están relacionadas entre sí gracias a esta MEC que está regulada por el **sistema nervioso vegetativo.**

Para entender lo que es la MEC la podríamos comparar al aire. Si nos imaginamos una habitación vacía, el aire que ocupa la habitación sería la MEC. Ahora vamos amueblando poco a poco esta habitación, los muebles serían las cicatrices y toxinas que se quedan atrapadas en la MEC. El sonido, vibración, información que normalmente circula a través del aire, no puede atravesar estos muebles por lo que va a buscar un camino alternativo. Llega un día en que la habitación está tan amueblada que la información no encuentra por dónde pasar, puede ser que un factor emocional como un disgusto nos altere todo nuestro equilibrio interior y el flujo de información se quede atrapado golpeando un mueble causándole una irritación.

Caso 2. *José de 70 años consulta a urgencias por dolor en la ingle, en la zona de la hernia inguinal operada hace cinco años que le obliga a caminar doblado. Después de cinco años es difícil que aparezca dolor si no lo ha tenido anteriormente. Explica que el dolor le apareció súbitamente hace 24h, sin hacer ningún esfuerzo, no refiere ningún antecedente traumático ni se aprecian hematomas, ni colecciones ni heridas. Para cualquier médico de urgencias, un dolor de estas características, sin una causa conreta, el tratamiento es "voltarén® y no mires a quien". Desde la visión holística de la TN se sabe que hay otros motivos que pueden causar este "misterioso" dolor. Al preguntarle por su vida, por lo que le ha sucedido últimamente sus ojos muestran la tristeza de su alma, su esposa había fallecido hacía pocos días. Este factor estresante en la vida de José hizo desequilibrar todo su sistema. José negó tener más cicatrices, enfermedades, fracturas, quemaduras, implantes o extracciones dentales. Una vez acostado encima de la camilla de urgencias, pasé a pincharle la cicatriz de la hernia inguinal como causante del bloqueo o campo interferente y del dolor. A pesar de que le pinché en varias ocasiones y en distintas profundidades, José persistía con la extremidad doblada y con el mismo dolor. Le pregunté de nuevo por más cicatrices y ante la persistencia de su negativa decidí explorarlo personalmente, hallando dos cicatrices una en cada dedo índice de ambas manos. Al ser cicatrices de la niñez, José las obvió creyendo que no tendrían ninguna relación con el dolor que ahora le acosaba. Fue al retirar la aguja de la última inyección de procaína en la cicatriz del dedo índice que veo por la rabadilla del ojo que José estira la pierna y la coloca plana encima de la camilla. Le pregunto "José, ¿qué tal la pierna?". José me responde extrañado a la vez que sube y baja la pierna "¡no me duele, no me duele!". Esta respuesta tan rápida conocida como "**fenómeno en segundos**" es uno de los resultados que podemos obtener con la TN. Las cicatrices, físicas o emocionales, cambian la estructura de la matriz extracelular (MEC) convirtiéndola en una muralla (campo interferente) que impide el paso de la información. Cuando liberas este campo interferente de la matriz extracelular, la información puede seguir su recorrido sin interrupción desapareciendo el dolor y recuperando la movilidad. En ese momento me enamoré de la TN y decidí casarme con ella.*

Esta historia nos sirve para entender que nuestro cuerpo se comunica no sólo a través del sistema nervioso y del sistema vascular, sino que también, como hemos visto en el caso de José, a través de la matriz extracelular, siendo esta última la vía más rápida de transmisión de la información.

La terapia neural actúa como mecanismo de regulación de esta matriz extracelular. Los anestésicos locales empleados, además de la eliminación del dolor son estabilizadores de la membrana celular, antiinflamatorios, antihistamínicos…

Caso 3. *María estaba teniendo infecciones de orina de repetición, aproximadamente una por semana a pesar de hacer correctamente el tratamiento médico con megadosis de antibióticos, ingesta abundante de agua, arándanos… Aún así, llevaba 7 meses sin mejoría clínica. Con una sola sesión de terapia neural en el plexo pélvico-ginecológico (una infiltración inyectando 8 cc de anestésico local diluido muy cerca del pubis) se consiguió la completa resolución del caso. No ha vuelto a hacer ninguna infección de orina en los últimos 2 años.*

Metaterapia

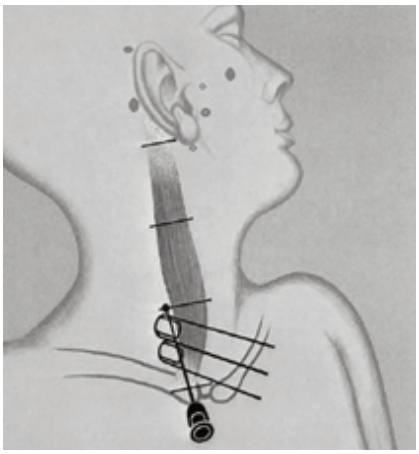
Este concepto se refiere a los efectos colaterales de la TN. Cuando un paciente se trata con TN, los síntomas de sus dolencias suelen disminuir o desaparecer porque el cuerpo está funcionando mejor a todos los niveles. La persona se siente más vital y alegre, se concentra mejor, se enferma con menos frecuencia y toma más conciencia de sí misma.

Ejemplo de tratamiento de los acúfenos/tinnitus con terapia neural

En primer lugar se realiza la historia de vida del paciente, **enfermedades** que haya padecido o padezca desde la infancia hasta el momento actual (bronquitis, asma, cistitis, diabetes, hipertensión arterial, migrañas, diarreas, alteraciones en la digestión, acúfenos….se toma nota de TODAS las enfermedades), **operaciones** y **cicatrices** de cualquier tipo incluyendo biopsias, amígdalectomía, otitis, colocación de drenajes transtimpánicos, cicatrices de la artroscopia, cesáreas, también son importantes las cicatrices de caídas, aquellas caídas en bicicleta o patines en la infancia, fracturas, luxaciones, también se incluye todo lo relacionado con la **boca**: implantes dentales, amalgamas, endodoncias…

En segundo lugar se pasaría al tratamiento, es decir, infiltrar con un anestésico local diluido las zonas que pueden ser consideradas como CI según la historia clínica realizada, por tratarse de la audición, se incluiría la TN del segmento oído y ganglios nerviosos.

En la figura, se presentan los puntos de punción del segmento oído y el ganglio estrellado del cuello.



Cuando un paciente se trata con TN, los síntomas de sus dolencias suelen disminuir o desaparecer porque el cuerpo está funcionando mejor a todos los niveles. La persona siente más vitalidad, se concentra mejor, goza de mayor alegría, enferma con menos frecuencia, está más consciente de los efectos de su estilo de vida y de su estado de salud.

En general el cuerpo necesita tiempo para asimilar los cambios que le aporta la TN. Mucha gente espera recuperar la salud inmediatamente porque está habituada a soluciones rápidas y el tiempo es un ingrediente clave para recuperar el bienestar.

El cuerpo habla lo que la boca calla. Nos habla el cuerpo y lo hacemos callar para poder seguir con la misma vida que nos provocó el problema de salud.

Resumiendo, podríamos decir que la terapia neural es un proceso de regulación que restablece circuitos dañados.

Trastornos auditivos debidos a la exposición continuada a ambientes ruidosos

Está aceptado por los especialistas que la exposición continuada a ruidos de elevada intensidad (obreros metalúrgicos y de la construcción, músicos, militares en acción, habituales de discotecas, etc.) es una causa de traumatismo acústico que puede originar pérdida de audición y acúfenos. Además, en personas que sufren acúfenos por otras causas, la exposición al ruido suele ser causa del empeoramiento de sus acúfenos.

Por el interés que esta información tiene para los que tenemos acúfenos, y por las advertencias relativas a los ruidos que soportan los niños y los jóvenes, transcribimos un artículo publicado en la revista Audiología en la que se insta a proteger los oídos de altos niveles sonoros.

Un estudio realizado por la firma Gaes pone de relieve el elevado nivel de ruido existente tanto en la calle como en los puestos de trabajo. Según dicho estudio uno de cada 4 españoles considera que su entorno laboral es *ruidoso*, y un 71% afirma que el ruido le dificulta la concentración en el trabajo.

Cerca de 9 millones de personas conviven en España a diario con niveles de ruido superiores a 65 decibelios, máximo recomendado por la OMS. Según los expertos, la concienciación es clave y empieza por tomar medidas a nivel individual. *Si no podemos evitar convivir con niveles elevados de ruido, debemos tomar medidas para proteger nuestros oídos y prevenir una posible pérdida auditiva*, afirma el Dr. Juan Royo, otorrinolaringólogo y responsable de la comunidad virtual *Viviendo el sonido* de Gaes.

Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, 9 de cada 10 españoles no se protege contra el ruido. El restante 10 % que se protege utiliza de manera habitual protectores auditivos para dormir con el objetivo de coger el sueño más rápido (38 %), para conseguir una mayor concentración para trabajar (25%) y para aislarse del ruido al estudiar (24%).

Más vale prevenir

Otras medidas de prevención que están al alcance de todos son moderar el tono de voz (el 77% considera que en nuestro país se habla demasiado alto) y utilizar un volumen adecuado cuando escuchamos música (un 25% no lo hace), vemos la televisión (el 15% no lo hace) o escuchamos la radio (un 12% no lo hace).

Los expertos alertan que desde pequeños estamos expuestos a niveles de ruido por encima de la recomendado. Una de las causas más frecuentes son los juguetes infantiles que emiten música o sonidos. Un 61% de los encuestados considera que emiten a un volumen *demasiado alto. Los juguetes pueden llegar a ser muy ruidosos, incluso llegando a provocar lesiones irreversibles en la audición de los niños cuando se superan los 80 decibelios*, alerta el Dr. Royo.

El estudio elaborado por Gaes revela que a un 34% de los españoles el ruido les afecta el estado de ánimo. Las obras en la calle (67%), las obras del vecino (49%), el tráfico (39%), la televisión y la música del vecino (16%) y el sonido de los fines de semana en la calle (6%) son los ruidos que más molestan a los españoles.

Por el contrario, los sonidos que más nos relajan son el sonido del mar (83%) y el sonido de la montaña (56%). Para 1 de cada 4, el mejor aliado es el silencio.

Exposición prolongada

Los expertos detectan una mayor pérdida auditiva a edades más tempranas. La pérdida de audición provocada por altos niveles sonoros se produce como consecuencia de una exposición prolongada al ruido. Cuanto más alto sea éste, más rápido se desarrollará el trastorno auditivo, que incluso puede ser irreversible, advierte el Dr. Royo.

Asimismo, se está observando en los últimos años que la pérdida auditiva asociada al envejecimiento, la llamada presbiacusia, aparece a edades más tempranas. Actualmente, entre el 40 y el 50% de la población española empieza a experimentar pérdida auditiva debido al envejecimiento alrededor de los 65 años, pero dentro de poco los expertos alertan que será las personas de 40 a 50 años las que presenten signos de presbiacusia. Si no se adoptan medidas de prevención, el ruido puede hacer que nuestros oídos envejezcan antes de tiempo.

A lo expuesto en esta información creemos oportuno aportar dos consideraciones: 1. La pérdida de audición o presbiacusia debido a la edad suele llevar consigo la aparición de acúfenos; y 2. Las medidas de prevención deben tomarse por las autoridades competentes, pero mientras no sean efectivas en su totalidad cada persona debe tomar sus propias medidas preventivas.

Nueva información sobre la Unidad de Acúfenos del Hospital Virgen del Rocío

En Apat45 publicamos una información sobre la Unidad de Acúfenos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en la que explicamos que dicha unidad se había desmantelado a raíz de la jubilación de su titular e impulsor Dr. Miguel Ángel López Rodríguez.

Hemos recibido una nueva información sobre el particular en la que nos indican que la Unidad sigue en funcionamiento atendiendo a las personas con acúfenos, bajo la dirección del Dr. D. Rolando Hernández Rodríguez.

Es una buena noticia, en particular para los afectados por acúfenos residentes en Andalucía, y nos congratulamos por ello.

Primer aniversario de ASMES

El Síndrome de Ménière está considerada como una enfermedad poco frecuente, además de crónica, que afecta al oído interno y cuyo origen es desconocido. El principal síntoma es el vértigo rotatorio que suele ir acompañado de acúfenos o tinnitus (ruidos en los oídos) e hipoacusia (pérdida de audición) además de inestabilidad, pérdida de equilibrio, vómitos y otros síntomas más que se manifiestan en mayor o menor medida en función del paciente.

El 17 de septiembre de 2017 ASMES sopla las velas con motivo del primer aniversario de su constitución. ASMES es la primera asociación de España para esta enfermedad y está registrada en Ministerio del Interior con el número 611720 de asociaciones. ASMES se compone de pacientes, familiares, profesionales especializados y voluntari@s que trabajan unidos y de manera altruista para asistir, en un sentido amplio, a personas afectadas por el síndrome de Ménière, una enfermedad compleja y que afecta a muchas áreas de la vida cotidiana, dando paso a un cúmulo de dudas y miedos que en numerosos casos llevan a la desesperación del paciente, ya que es una enfermedad absolutamente incapacitante.

Tanto Junta Directiva como colaboradores están organizados por grupos de trabajo ya que son muchas las áreas que hay que abordar. Entre los principales objetivos que ASMES se propuso en un principio ya se han puesto en marcha varios proyectos, el principal: ofrecer un lugar de referencia y apoyo a todas aquellas personas que padecen este síndrome, así como a sus familiares y amigos.

Si hacemos un pequeño recorrido de las acciones más importantes llevadas a cabo durante este año vemos que se han logrado bastantes cosas. ASMES ha conseguido gran difusión a través de sus redes sociales publicando información de interés y divulgando la enfermedad. El equipo de comunicación ha conseguido dar visibilidad a la asociación y a la enfermedad en varios medios de comunicación a nivel nacional y local, tanto en formato papel como digital, en radio y en revistas especializadas. Siempre que es posible ASMES está presente en hospitales con mesas informativas o en eventos como la carrera de San Silvestre o en la carrera décimo aniversario del Club Atletismo en Granada.

Para intentar dotar a los enfermos con recursos útiles, el equipo de desarrollo ha elaborado varios recursos para los pacientes, por ejemplo, ASMES ha mostrado su apoyo en la creación de la app mobile "Ménière" que ayuda a monotorizar la sintomatología del paciente con el fin de mejorar su seguimiento y tratamiento médico. Ha puesto a disposición de enfermos carnets que explican brevemente la enfermedad en varios idiomas por si se viaja al extranjero, una guía de audífonos, una guía de tratamientos alternativos, entre otros muchos recursos.

El área médica es un área muy importante, por ello se ha trabajado muy duro contactando con los mayores especialistas en vértigo españoles y presentándoles la asociación, también se ha solicitado colaboración de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Uno de los logros más importantes es que se han conseguido es el compromiso del H.U. Reina Sofía de Córdoba para mejorar las consultas de ORL en cuanto al tratamiento de patologías vestibulares y servicio de rehabilitación. ASMES siempre que puede asiste a congresos específicos en los que se nos ha permitido hablar de la asociación, además de difundir el contenido de dichos congresos en las RRSS de la asociación.

Un éxito de acción llevada a cabo por la asociación, que ha finalizado recientemente, ha sido una campaña de crowdfunding para apoyar la investigación del síndrome de Ménière. ASMES consiguió recaudar el importe para pagar una beca de investigación pre-doctoral para GENyO (es la única línea de investigación de esta enfermedad en España). La asociación también realiza otro tipo de acciones como subastas de miniaturas, rifas, merchandising, publicar un libro de testimonios, etc… siempre con el fin de recaudar fondos y destinarlos a investigación.

Como asociación ASMES está trabajando junto con otros países (EEUU, Australia, Países Bajos o Finlandia) y con la OMS para declarar un día mundial de concienciación sobre el síndrome de Ménière. Este punto es un objetivo importante ya que entre todos se conseguiría una mayor visibilidad de la enfermedad.

Además, la asociación está en continua búsqueda de colaboradores y consiguiendo que ofrezcan ofertas a sus socios, por ejemplo en la compra de un audífono. También se buscan patrocinadores que quieran apoyar este proyecto.

Esta enfermedad al ser poco conocida y muchas veces invisible tiene trato como enfermedad común, por ello se ha solicitado que el síndrome de Ménière sea incluido en toda España en la lista de enfermedades que dan lugar a la percepción 100% de la retribución en el caso de incapacidad temporal para los funcionarios de justicia, estamos pendientes de negociación con sindicatos y resolución.

Poco a poco ASMES consigue objetivos y se fija otros nuevos, pero está claro que para realizar todos estos proyectos cuenta con la colaboración y el compromiso de todos: enfermos, especialistas de la salud, medios, instituciones. Además, los integrantes de la Junta de ASMES coordinan los proyectos y los objetivos, pero sin duda muchos de ellos no serían posibles sin colaboradores fijos o puntuales que altruistamente ceden si tiempo para llevarlos a cabo. Tampoco podría ser posible sin los socios que nos apoyan económicamente para que ASMES sea una realidad.

En la web de la Asociación Síndrome de Ménière España (ASMES) pueden encontrar más información sobre esta enfermedad, noticias y otros temas que seguramente sean de su interés. Pueden acceder a través de este link: www.asmespana.es

ASMES
Asociación Síndrome de Ménière España

AMES también está en las redes sociales:
En Facebook: https://www.facebook.com/asociacionsindromedemeniereespana/?fref=ts.
En Twitter https://twitter.com/ASMES2016
En Instagram: https://www.instagram.com/asmes2016
En Youtube: https://www.youtube.com/channel/UCRs0T4bU0RxfuFtiWFWih-w

Puede contactarnos directamente para realizar cualquier entrevista o solicitar más información al correo: rrssasmes@gmail.com

¿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

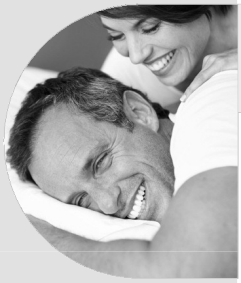
Mediante una extensa entrevista personal y un completo programa de pruebas audiométricas, le ofreceremos una valoración de la incapacidad que provoca el acúfeno en su vida.

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