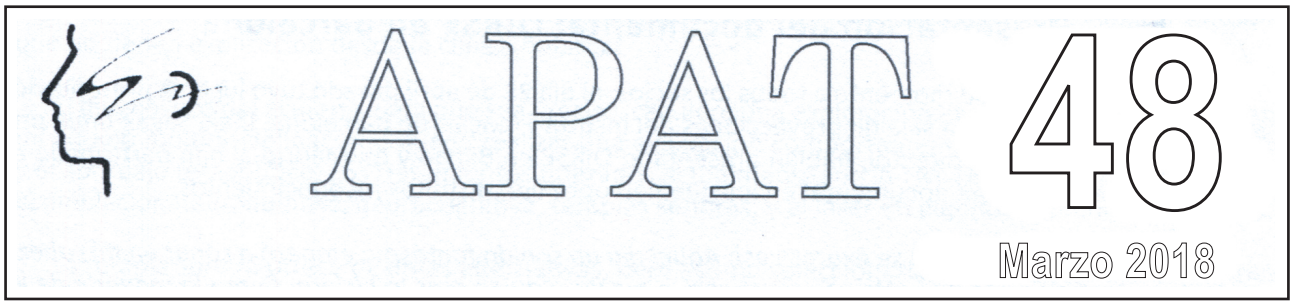


Publicación trimestral editada por APAT Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus
Calle Providència, 42. Hotel de Entidades de Gràcia. 08024 Barcelona
Tel. 699 067 743 y 619 690 030 * jims@es.inter.net * www.acufenos.org

Sumario

1. Asamblea General de Socios de APAT 1
2. Memoria de Actividades del año 2017 2
3. ¿Qué tratamientos de los acúfenos están disponibles hoy? 5
4. Nuevas informaciones sobre el tratamiento farmacológico para regenerar las células ciliares del oído interno 9
5. Un medicamento que podríamos tener en cuenta 10
6. Otro medicamento a tener en cuenta 11
7. Terapia neural 12
8. Una nueva terapia para el tratamiento de los acúfenos 12
9. STING tiene acúfenos 13
10. Dormir 14

Asamblea General de Socios de APAT

Como se había comunicado a los socios por carta o correo electrónico, el pasado 23 de febrero a las 19,00 horas tuvo lugar la preceptiva Asamblea General de Socios, que se desarrolló con arreglo al siguiente Orden del Día:

1. Lectura y aprobación en su caso del acta de la asamblea anterior.
2. Memoria de actividades realizadas en el año 2017.
3. Estudio y aprobación en su caso de los estados contables de la Asociación a 31.12.2017.
4. Estudio y aprobación en su caso del presupuesto de la Asociación para el año 2018.
5. Renovación de cargos de la Junta Directiva.
6. Ruegos y preguntas.

La documentación relativa a los puntos anteriores estuvo en el domicilio social a disposición de los socios para su consulta a partir del día 7 de febrero. En esta ocasión la asistencia, como en años anteriores fue reducida, y no alcanzó el número de socios que hubiéramos deseado.

Los puntos del orden del día fueron aprobados por unanimidad, debiéndose destacar la actitud participativa de los socios asistentes, lo que dio lugar a que la asamblea tuviera una duración de dos horas.

Se aprobaron por unanimidad las cuentas anuales del año 2017 que arrojan un superavit de 2.929,02 €, resultado de un total de gastos de 7.533,18 € y de ingresos de 10.452,50 €, los cuales proceden de las cuotas de los socios y de varias ayudas recibidas. Se aprobó mantener la cuota anual para el año 2018 en la cantidad de 20,00 €, y se aprobó por unanimidad el presupuesto para el presente año 2018, cifrado en 9.000,00 € tanto en ingresos como en gastos.

En relación a La Junta Directiva no ha habido cambios con respecto a la elegida el año 2017, siendo:

Presidente: D. Josep Boronat Domingo
Vicepresidente: D. Ramón Martín Bueno
Secretario: D. Josep Ródenas Clot
Tesorero: D. Joaquim Pérez Piera
Vocales: Dª Mercedes Delclós Alonso, Dª Francisca Punset Álvarez, D. Joan Serra Solá, D. Emilio Morancho Paniagua y D. Benet Solans Arnau.

La necesidad de una renovación más amplia de la Junta Directiva de APAT debería hacer reflexionar a los socios que residen en Barcelona o en su Área Metropolitana, ya que en la actualidad algunos miembros activos de la Junta llevan muchos años en su cargo, y es indispensable incorporar nuevos directivos con nuevas iniciativas y nuevas ideas. Además, algunos de los miembros de la Junta Directiva tienen una avanzada edad, y aunque están dispuestos a seguir en sus cargos, preparar su relevo sería deseable para garantizar la continuidad de la Asociación.

Como en anteriores asambleas el capítulo de ruegos y preguntas registró un animado coloquio, en el que, sobre todo, se escucharon opiniones e informaciones relativas a estrategias para convivir con los acúfenos.

Memoria de Actividades del año 2017

Junta Directiva. Voluntarios

La presente memoria describe las actividades realizadas por la Asociación en el año 2016, organizadas por la Junta Directiva de la entidad con la colaboración de voluntarios totalmente identificados con los objetivos de la Asociación.

APAT cuenta en Barcelona con la ayuda del psicólogo Dr. Josep Ribas Fernández, que conduce los grupos de ayuda mutua (grupo terapéutico). Este colaborador, no solo ha pronunciado diversas conferencias sobre el tratamiento psicológico de habituación a los acúfenos y es autor de un texto sobre este tema publicado por la Asociación, sino que atiende a cuantos afectados por problemas psicológicos causados por acúfenos le son derivados desde la Asociación. Por otra parte, en Valencia contamos con la ayuda de la psicóloga Dª Isabel María Ruiz, y en Palma de Mallorca con la del psicólogo D. Antoni Jiménez Massana. Resaltamos también, que el Dr. Joan Domenech, otorrinolaringólogo del Hospital Clinic de Barcelona, colabora con APAT.

Origen de los ingresos

En el año 2017 hemos contado con las cuotas de los socios (20,00 € anuales) y distintas donaciones de empresas y de particulares, en cuantía suficiente para desarrollar las actividades de APAT, concentradas en la gestión del Centro Integral de Atención, Información y Ayuda a las Personas Afectadas por Acúfenos (Tinnitus).

Teléfono de Atención. Correo Electrónico. Atención Personal

Nuestro teléfono de atención, 699067743, sigue atendiendo a todos los afectados que nos llaman. Hemos continuado con nuestra labor de contestar todas las consultas recibidas por correo postal, por correo electrónico y a través del correo de la web, la cual constituye un importante referente para los afectados por acúfenos de habla española, ya que recibimos consultas de toda España, de Latinoamérica e incluso de españoles residentes en paises europeos.

Los voluntarios han atendido personalmente a los afectados que acuden a APAT. Se trata de un primer contacto en el que el afectado, tanto por las consecuencias de la afección sobre su calidad de vida como por constatar que la medicina no le soluciona su problema, acude a APAT en demanda de información y ayuda. La atención personal se realiza todos los miércoles de 18,00 a 20,00 horas, lo que, por el momento, permite atender sin agobios a todos los que acuden. En conjunto, entre atención presencial, teléfono y correos postal y electrónico hemos atendido a 512 personas a lo largo del año 2017, parte de las cuales fueron derivadas al psicólogo.

Página Web

Actualizamos continuamente el contenido de nuestra página web. A través del correo de la web recibimos más de 300 consultas al año. La web está a cargo del socio Sr. Gonzalo Ureña de Ontinyent, que la renovó totalmente el año pasado y continua encargándose de su actualización.

El foro continua con su actividad, y constituye una valiosa referencia para las personas con acúfenos. Lo gestiona el socio Sr. Andreu Liétor, de Barcelona

Revista informativa Apat

En el año 2016 hemos publicado las revistas números 44, 45, 46 y 47, enviadas por correo electrónico a los socios que gozan de esta facilidad, y en papel por correo postal a los demás socios. La revista APAT es la única que se publica en lengua española, circunstancia que justifica el gran interés despertado entre los afectados de toda España y de Latinoamérica.

Otras publicaciones

En el año 2017 hemos realizado diversas reimpresiones de publicaciones anteriores que se habían agotado debido a que nuestras publicaciones se facilitan a todo el que las solicita. En 2017 no hemos tenido ocasión de editar ninguna publicación nueva.

Estudio de musicoterapia aplicada a los pacientes con acúfenos

En el año 2016 habíamos convocado a todos los socios residentes en la provincia de Barcelona, para participar en un estudio de Musicoterapia aplicada a los afectados por acúfenos, basado en un protocolo de la Universidad de Heidelberg en Alemania, en la cual un estudio realizado con 145 pacientes había tenido buenos resultados. La decisión de convocar solamente a los socios residentes en la provincia de Barcelona se debió a que los participantes en el estudio debían acudir al lugar donde se realizaban los ejercicios, situado en Barcelona, en 11 ocasiones a lo largo de 11 semanas. Inicialmente recibimos 16 solicitudes de socios voluntarios, pero 9 de ellos, por distintas causas, sobre todo por no ser sus acúfenos tonales (acúfenos en los que se puede identificar una frecuencia nítida o una banda estrecha de frecuencias condición indispensable para la eficacia de la intervención) fueron descartados como participantes en el estudio,

Finalmente la intervención musicoterapéutica se realizó con 6 participantes (inicialmente había 7 pero uno de ellos no pudo terminar los ejercicios). Los resultados fueron satisfactorios para la mitad de los participantes,

aunque dado su reducido número,lo que no permitió establecer grupo de control, no pueden considerarse estadísticamente significativos.

El estudio fue dirigido por la musicoterapeuta Laura Gascueña Rubio a la que agradecemos los esfuerzos desplegados para la mejor realización del estudio. Los resultados se publicaron en la revista Apat47.

Los elementos necesarios para realizar el estudio están disponibles para los socios que deseen realizar la aplicación del protocolo de la Universidad aludida anteriormente, como se indicó en Apat47.

Contactos con médicos otorrinolaringólogos y otoneurólogos

Tratamos de estar informados sobre estos profesionales, con el propósito de poder informar a los socios y a las personas afectadas que nos preguntan sobre este particular. Aprovechamos todas las ocasiones para explicar a los profesionales de la Medicina sobre el carácter ototóxico de muchos de los fármacos habituales, para que lo tengan en cuenta en su prescripción de fármacos a las personas con acúfenos.

Grupo de ayuda mutua

El grupo funcionó todo el año a razón de dos reuniones mensuales en Barcelona, celebradas todos los primeros y terceros miércoles de cada mes, y dirigida por el Dr. Josep Ribas. A ellas han acudidos personas afectadas, en número variable: en una reunión hubo 6 asistentes y en otra un solo asistente.

Conferencias temáticas

En diciembre 2017, la Dra. Marisol Estrems impartió en el Centre Civic Sagrada Familia de Barcelona una conferencia en la que expuso el estado actual del tratamiento y de la investigación de los acúfenos. La conferencia despertó gran interés entre los asistentes como prueba el elevado número de consultas en el capítulo de ruegos y preguntas.

Relaciones con las Autoridades Sanitarias

En este punto no se ha producido avance alguno.

Incapacidad laboral y discapacidad por acúfenos e hiperacusia

El informe sobre la gestión de las minusvalías por acúfenos e hiperacusia en el aspecto laboral publicado el año 2011, sigue siendo útil para personas que se ven obligadas a solicitar el reconocimiento de su incapacidad laboral por motivo de dichas dolencias. Prueba de esa utilidad lo confirma el hecho de que hayamos tenido que reimprimirlo.

Contactos con otras Asociaciones

Hemos establecido un contacto muy fluido y cordial con Atinneus (asociación que agrupa a afectados por acúfenos de Euskadi), con AMAT (Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus) y con ASMES (Agrupación de Personas Afectadas por el Síndrome de Ménière, enfermedad que suele ir acompañada de acúfenos).

Formamos parte de EUTi (Asociación de Asociaciones Europeas de Afectados por Tinnitus), mantenemos una excelente relación con France Acouphènes, organización que cuenta con medios importantes, y de la que traducimos muchas de las informaciones publicadas en su revista.

Estamos suscritos a Tinnitus Today (órgano de ATA American Tinnitus Association), suscripción que resulta de gran interés para conocer las últimas novedades en los tratamientos del acúfeno y sus constantes investigaciones.

¿Qué tratamientos de los acúfenos están disponibles hoy?

En el libro *Living with tinnitus and hyperacusis* del Dr. Laurence McKenna y colaboradores, se describen los tratamientos de los acúfenos que hoy están disponibles. Aunque hemos publicado amplia información de algunos de ellos en revistas anteriores hemos estimado oportuno traducir el texto, añadiendo al mismo las referencias a lo publicado anteriormente.

Debemos señalar que la relación que sigue no es exhaustiva, ya que hemos sabido de otros tratamientos que no aparecen en el texto, debido a que la mayor parte de ellos no se han consolidado por causas muy diversas, generalmente poca o nula eficacia en el alivio del acúfeno, efectos secundarios relevantes y coste elevado.

Tranquilidad y explicaciones

Parece difícil de creer que, simplemente tranquilidad y explicaciones es lo que muchas personas con acúfenos necesitan. Esto se debe a que cuando el acúfeno empieza la persona está ansiosa y temerosa, pero cuando el acúfeno se mantiene el cerebro se acostumbra a la nueva situación como resultado de un proceso de habituación. El conocimiento del trastorno y de su origen suele ser una gran ayuda para afrontar el problema.

Modelo neurofisiológico

En 1990, el polaco Dr. Pawel Jastreboff, que ejerce en Atlanta (Estados Unidos), desarrolló un modelo de tratamiento conocido como TRT *Tinnitus Retraining Therapy,* en el cual puso de manifiesto que aunque el oído y las áreas del cerebro que procesan el sonido son importantes en el desarrollo y mantenimiento del acúfeno, hay otras áreas en el cerebro no relacionadas con el procesamiento del sonido que tienen asimismo gran importancia en la percepción del acúfeno, en particular las áreas del cerebro relacionadas con las emociones y en su interacción con el sistema nervioso autonómico.

Esta terapia consta de dos acciones: el *counselling* (consejo terapéutico) y la terapia sonora mediante generadores de sonido blanco, acciones que hemos descrito en números anteriores (véase en Apat46 el artículo titulado Capitán Kirk, página 2). La TRT en su formato original requiere un tratamiento de larga duración y muchas horas de atención de los terapeutas profesionales que la aplican, y por ello muchas clínicas o centros de tratamiento, aceptando los principios básicos de la TRT, aplican un modelo neurofisiológico en una forma más flexible y más ligera. Además de las dos acciones descritas incorporan otros elementos como técnicas de relajación. Este enfoque es conocido como habituación al acúfeno y es el que con mayor frecuencia se aplica en muchos centros de tratamiento.

Terapias sonoras

Estas terapias, al igual que son parte de la TRT, se utilizan en distintas formas que se describieron en Apat44 página 14 bajo el título Terapias Sonoras, y en Apat46 página 6 con el título Terapia Sonoro-Funcional.

El tratamiento de musicoterapia para personas afectadas por acúfeno tonal basado en el denominado Modelo Heildelberg de Neuro-Musicoterapia, del que hemos hecho una aplicación descrita en Apat47 página 1 es, en definitiva, un tipo de terapia sonora.

Tratamientos psicológicos

Es sabido desde hace mucho tiempo que el acúfeno es la causa de un trastorno emocional, y éste a su vez aumenta la percepción del acúfeno. Como consecuencia de ello se dispone de varios tratamientos co-

nocidos como terapia cognitivo conductual (TCC) de la cual hemos publicado una amplia información en Apat44 página 5.

Destaca entre los tratamientos psicológicos el de autohipnosis, minuciosamente descrito en nuestra publicación Habituación a los Acúfenos, obra del psicólogo Josep Ribas Fernández.

Las TCC proponen que el paciente examine como sus pensamientos sobre el acúfeno pueden afectar negativamente su comportamiento, y como modificarlos con objetivo de que se produzca una restructuración cognitiva sobre el acúfeno que pueda dar lugar a reducir el tiempo de percepción del mismo, y a eliminar la agresividad del acúfeno cuando se perciba.

Investigaciones realizadas sobre el particular han demostrado que estos tratamientos tienen buenos resultados en la reducción del impacto del acúfeno sobre la calidad de vida del paciente.

Hay que tener en cuenta una circunstancia relativa a los terapeutas que pueden realizar estos tratamientos. Existen pocos terapeutas, generalmente psicólogos, que conozcan suficientemente el sistema auditivo y en consecuencia, el acúfeno. Lo ideal sería que los audiólogos que conocen el sistema auditivo aprendieran técnicas psicológicas como las TCC, o bien que los psicólogos en su actividad terapéutica conocieran lo mejor posible el sistema auditivo.

Farmacología

La utilización de fármacos en el tratamiento de los acúfenos tiene una larga historia. Se han probado muchos, pero aún no se han encontrado fármacos que no tuvieran efectos secundarios, fueran fáciles de tomar y constituyeran una solución efectiva.

Un fármaco pareció que era apropiado para reducir la molestia del acúfeno en una gran parte de afectados. Se trata de lidocaína, un anestésico local utilizado en otras patologías, como, por ejemplo, en los tratamientos dentales. Casualmente se encontró que este tipo de anestésico local es capaz de reducir significativamente la percepción del acúfeno a alrededor de dos tercios de los afectados. El efecto no es duradero y debe ser administrado por inyección intravenosa, lo que puede tener serios efectos secundarios y puede causar arritmias cardíacas, e incluso muerte. Nos consta que también se utilizó mediante inyección intratimpánica para inyectarlo a través del tímpano al oído interno.

Muchas pruebas y estudios se han llevado a cabo para encontrar un fármaco que tenga los efectos de la lidocaína sobre los acúfenos, que no tuviera efectos secundarios y que pudiera tomarse oralmente. Hasta hoy estos esfuerzos no han dado resultado alguno.

Fármacos prescritos para tratar la ansiedad o la depresión se utilizan para tratar los acúfenos, y ciertamente pueden ser efectivos si el paciente con acúfenos tiene además ansiedad o depresión, pero los ansiolíticos y los antidepresivos solo son activos contra la ansiedad y la depresión, pero no parecen tener eficacia sobre el acúfeno. Naturalmente, superando la ansiedad o la depresión el paciente podrá afrontar mejor sus acúfenos. En este punto debemos advertir que si el paciente tiene alguna duda sobre el empleo de estos fármacos debe consultar con el doctor y evitar la automedicación. También es oportuno advertir sobre el carácter ototóxico de alguno de estos fármacos para que el paciente, y sobre todo su médico, lo tengan en cuenta.

Se ha sugerido que las vitaminas y los suplementos minerales pueden aliviar el acúfeno. Obviamente, pacientes con déficit vitamínico se beneficiarían, pero si se trata de personas que no tienen estas deficiencias y llevan una dieta normal, tomar vitaminas y minerales no es de esperar que alivie la percepción del acúfeno.

Se creía que todos los fármacos que pudieran aliviar el acúfeno ya habían sido probados, pero sin éxito en todos los casos. En los últimos años, en los que el conocimiento de las causas y del mantenimiento de los acú-

fenos ha tenido un avance importante al descubrir y verificar el papel que juega el cerebro, la investigación farmacológica se orienta ahora a fármacos que puedan accionar sobre las áreas del cerebro que procesan los sonidos, en lugar de orientarse al sistema auditivo. Varias compañías farmacéuticas están investigando tratamientos a partir de los GABA (ácido gammaaminobutírico) y de los glutamatos, aunque algún programa de investigación, como el realizado recientemente en varios hospitales europeos denominado AM-101, sigue enfocado al sistema auditivo, en este caso mediante inyección intratimpánica.

Disponemos también de varios fármacos que se dispensan sin receta médica que se presentan como fármacos para el tratamiento de los acúfenos. Suelen contener melatonina, gingko bilova y determinadas sales minerales, con escasos efectos sobre el acúfeno pero eficaces para la regulación del sueño, lo que para las personas con acúfenos, muchas de ellas con problemas para dormir, puede ser una ayuda a tener en cuenta.

Recordamos el ensayo clínico de un fármaco (no mencionamos su nombre por motivos éticos) que hace unos años fue realizado simultáneamente en varios hospitales europeos, algunos españoles entre ellos, con un número de pacientes del orden de 500, en el que uno de los participantes nos explicó que inicialmente su acúfeno se había aliviado (al principio él no sabía si tomaba el fármaco o un placebo) pero luego le aparecieron algunos efectos secundarios, entre ellos mareos y pérdida de equilibrio, que le obligaron a dejar de participar en el estudio. El fármaco en cuestión no se ha comercializado, lo que significa que el ensayo no tuvo los resultados positivos esperados y las autoridades sanitarias no lo han autorizado.

Cabe señalar que estos estudios, publicados en revistas especializadas y de los que se puede encontrar información en internet con acceso libre, se encuentran aún en fases experimentales, y no se sabe todavía cuales pueden ser los efectos secundarios negativos que puedan concurrir en la prescripción de estos nuevos fármacos.

Un otorrino chileno prescribió a varios pacientes el fármaco acamprosato, que había sido preparado para el tratamiento del alcoholismo, obteniendo resultados razonablemente buenos y sin efectos secundarios en pacientes con acúfenos. La experiencia se interrumpió debido a que este fármaco dejó de venderse en Chile, y el número de pacientes tratados fue bajo, lo que no permite asegurar su efectividad. Nos consta que a raíz de haberlo publicado en nuestra revista Apat38, por lo menos dos personas lo tomaron obteniendo una reducción de la molestia de su acúfeno. El fármaco acamprosato debe ser prescrito por el médico, y hay que olvidarse de la automedicación.

En resumen, existe un importante esfuerzo de investigación que acabará dando sus frutos, y parece que no habrá que esperar mucho tiempo para disponer de fármacos eficaces.

Terapias complementarias

Se han propuesto muchas de estas terapias para el tratamiento de los acúfenos, como acupuntura, reflexología, sofrología, terapia cráneosacral y homeopatía. No hay información de estudios rigurosos que avalen el empleo de estas terapias.

Cierto es que estas terapias pueden producir sentimientos de bienestar no específicos que pueden ayudar a la relajación del paciente, lo que puede ser una ayuda para soportar las consecuencias de los acúfenos. El paciente que se decida a practicar alguna de estas terapias, debe ser cauto en cuanto a sus expectativas y aceptar, que aunque puede sentirse mejor con su práctica, es muy improbable que le permitan reducir la intensidad percibida de su acúfeno. Incluso debe limitar el número de terapias alternativas a practicar ya que realizar varias a la vez podría ser perjudicial.

Nuevas terapias experimentales

A menudo en periódicos y revistas y en internet se describen nuevos tratamientos milagrosos que alivian, e incluso que curan, los acúfenos. Se trata de técnicas que, generalmente, no se consolidan y cuya actualidad

es poco duradera. Una explicación de lo anterior, podría ser que estas nuevas técnicas se han practicado sobre un número muy reducido de pacientes por médicos e investigadores muy entusiastas, generándose una oleada de entusiasmos por los, aparentemente, buenos resultados, pero cuando se han aplicado a un mayor número de pacientes los resultados no han sido los esperados, ya que los beneficios iniciales eran un efecto placebo (positivo imaginado) más que un efecto real. Recordamos a título de ejemplo, una oferta que había, y debe seguir habiendo, en internet de unos parches vendidos por una empresa sueca que aplicados detrás de la oreja, según se anunciaba, curaban el acúfeno; y nos consta que varios afectados los adquirieron sin el menor resultado.

Puede ocurrir que las personas con acúfenos sean invitadas a participar en un proyecto de investigación potencial para el acúfeno. Aceptar o no es una cuestión puramente personal. Pero es bueno saber que las personas que participan como sujetos de un estudio clínico, aunque suelen recibir un excelente cuidado clínico, siempre tienen una pequeña posibilidad de que la percepción de su acúfeno empeore, e incluso de que aparezcan efectos secundarios negativos.

Estimulación magnética transcraneal

Se trata de tratamientos experimentales que consisten en la aplicacióm de fuertes campos electromagnéticos en áreas del cerebro involucradas en la percepción del acúfeno. La investigacion ha mostrado resultados iniciales no duraderos, pero la técnica se encuentra aun en la infancia y no se ha demostrado la seguridad de su aplicacion durante periodos largos.

En Apat25 y en Apat30 publicamos informaciones sobre el neuroestimulador diseñado en la Universidad de Jülich (Alemania), en la que se exponía que habían diseñado un aparato neuroestimulador que ya estaban utilizando en Alemania varios otorrinos con resultados satisfactorios. La Universidad de Jülich había creado una sociedad spin off para comercializar el neuroestimulador, e incluso trataban de conectar con empresas en otros países europeos, España entre ellos, para que lo comercializaran previa autorización de las correspondientes autoridades sanitarias. Estas informaciones se publicaron los años 2011 y 2012, y desde entonces no hemos tenido información alguna, ni nos consta que el neuroestimulador Jülich esté disponible en nuestro país.

Lasers

Se han utilizado lasers de baja intensidad como tratamiento del acúfeno. Aunque algunos investigadores han destacado su efectividad, la mayor parte de ellos estima que el empleo de lasers es inefectivo para controlar el acúfeno. Se afirmaba que la aplicación del laser restituye o regenera las células ciliares (las que están alojados en la cóclea y transforman el sonido en una corriente eléctrica que llega al cerebro) destruidas por causas diversas: presbiacusia, traumatismo sonoros, fármacos ototóxicos,etc., afirmación que no está demostrada ya que la regeneración de estas células es aún un reto no superado.

Un consejo para finalizar

Hay pacientes que confeccionan una lista de todos los posibles tratamientos, sean convencionales, complementarios o experimentales, que pueden encontrar en libros, revistas y en internet. A partir de esta lista se proponen probar el máximo número de tratamientos que les sea posible. Esto puede ser contraproducente. Cada vez que inician uno de los tratamientos de su lista lo hacen ilusionados en que se tratará de la terapia definitiva para su acúfeno. Si el tratamiento no tiene éxito, las esperanzas puestas en él se desvanecen, y cada vez que esto ocurre les parece que el acúfeno percibido es más intenso que antes del tratamiento.

Para el paciente que desea probar nuevos tratamientos es aconsejable que pruebe uno o dos como máximo y lo haga con expectativas realistas sobre lo que puede obtener de tales tratamientos, para evitar la decepción si no tiene resultados, decepción que puede transformarse en depresión, la cual a su vez suele aumentar la intensidad del acúfeno.

Nuevas informaciones sobre un tratamiento farmacológico para regenerar las células ciliares del oído interno

En la revista Apat42 correpondiente a octubre 2016 publicamos una información relativa a los estudios en curso para obtener un fármaco capaz de regenerar las células ciliares de la cóclea dañadas, que en los humanos una vez dañadas no se regeneran de forma natural como pasa con las demás células del cuerpo humano. La pérdida de células ciliares es la causa de la pérdida auditiva que se acusa con la edad, que afecta principalmente a las frecuencias agudas y que tiene como consecuencia la aparición de acúfenos. Este fármaco, si los ensayos tienen resultados positivos, podrá ser una ayuda tanto para los afectados por pérdida auditiva como por las personas con acúfenos.

La nueva información disponible amplía la ya publicada. Se sabe que la investigación ha progresado y se van a iniciar ensayos con humanos, pero, desgraciadamente, no se sabe si el fármaco será efectivo ni cuando dispondremos de él. Obviamente, dado lo mucho que nos interesa la investigación en curso, estaremos atentos a las informaciones que podamos conocer sobre el particular.

Según una investigación publicada en Cell Reports, una combinación de fármacos amplía la población de células progenitoras en el oído y las induce a convertirse en células ciliares, ofreciendo una nueva forma de tratar la pérdida auditiva.

Dentro del oído interno, miles de células ciliares o pilosas detectan ondas sonoras y las transforman en señales nerviosas que nos permiten identificar y escuchar la voz, la música y otros sonidos cotidianos. El daño a estas células es una de las principales causas de pérdida de audición. Cada persona nace con cerca de 15.000 células ciliares por oído, y una vez dañadas, estas células no pueden volver a crecer.

Investigadores del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés), el Hospital Brigham y de Mujeres y Massachusetts Eye and Ear, en Estados Unidos, han descubierto una combinación de fármacos que amplían la población de células progenitoras en el oído y las inducen a convertirse en células ciliares, ofreciendo una potencial nueva forma de tratar la pérdida auditiva.

La pérdida auditiva es un problema real a medida que las personas envejecen. Es más que una necesidad insatisfecha, y éste es un enfoque completamente nuevo, ha subrayado Robert Langer, uno de los principales autores del estudio, profesor del Instituto David H. Koch en el MIT y miembro del Instituto Koch de Investigación Integrativa del Cáncer.

La exposición al ruido, el envejecimiento y algunos antibióticos y quimioterapia pueden llevar a la muerte de células ciliares. En algunos animales, esas células se regeneran naturalmente, pero no en los seres humanos. El equipo de investigación, cuyo trabajo se detalla en Cell Reports, comenzó a estudiar la posibilidad de regenerar las células ciliares en un trabajo anterior sobre las células del revestimiento intestinal. En la investigación, publicada en 2013, Jeffrey Karp, profesor asociado de Medicina en el Hospital Brigham y de Mujeres y la Escuela de Medicina de Harvard en Boston; Albert Edge, profesor de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Harvard, con sede en Massachusetts Eye and Ear, y Xiaolei Yin, profesor en Brigham y afiliado de Investigación en el Instituto Koch y otros expertos informaron que podían generar grandes cantidades de células intestinales inmaduras y luego estimularlas para diferenciarse, exponiéndolas a ciertas moléculas.

Sería una terapia fácil de administrar. El equipo se dio cuenta de que las células que proporcionan soporte estructural a la cóclea expresan algunas de las mismas proteínas de superficie que las células madre intestinales, por lo que decidieron explorar si el mismo enfoque funcionaría en las células de apoyo. Expusieron células de una cóclea de ratón, cultivadas en un plato de laboratorio, a moléculas que estimulan la vía Wnt, haciendo que las células se multiplicaran rápidamente. "*Utilizamos pequeñas moléculas para activar las células de apoyo, de modo que se vuelvan proliferativas y puedan generar células ciliadas*", ha relatado Yin. Al mismo

tiempo, para evitar que las células se diferencien demasiado pronto, los investigadores también expusieron las células a moléculas que activan otra vía de señalización conocida como Notch.

Una vez que tuvieron un gran grupo de células progenitoras inmaduras, los científicos añadieron otro conjunto de moléculas que hicieron que las células se diferenciaran en células ciliares maduras. Este procedimiento generó unas 60 veces más células ciliadas maduras que la técnica que antes había funcionado mejor, que utiliza factores de crecimiento para inducir a las células cocleares de apoyo a convertirse en células ciliadas sin ampliar primero la población. Los investigadores descubrieron que su nuevo enfoque también funcionaba en una cóclea del ratón intacta extraída del cuerpo. En ese experimento, no necesitaron agregar el segundo conjunto de fármacos porque una vez que se formaron las células progenitoras, se expusieron naturalmente a señales que las estimularon a convertirse en células ciliadas maduras. "*Sólo necesitamos promover la proliferación de estas células de apoyo, y entonces la cascada de señalización natural que existe en el cuerpo llevará a una parte de esas células a convertirse en células pilosas*", ha destacado Karp.

Debido a que este tratamiento implica una simple exposición a los fármacos, los investigadores creen que podría ser fácil administrarlo a pacientes humanos. Estos expertos prevén que los fármacos podrían inyectarse en el oído medio, desde donde se difundirían a través de una membrana en el oído interno. Este tipo de inyección se realiza comúnmente para tratar infecciones del oído. Algunos de los investigadores han lanzado una empresa llamada Frequency Therapeutics, que ha autorizado la tecnología MIT/BWH y planea comenzar a probarla en pacientes humanos en los próximos meses.

Un medicamento que podríamos tener en cuenta

Jaime, socio de APAT que reside en Madrid, nos envía la siguiente información, que transcribimos literalmente:

Apreciados amigos:

Os escribo para transmitiros que, después de muchos años, he conseguido, gracias a la prescripción de mi otorrino, dar con un medicamento capaz de mitigar levemente las molestias producidas por mis acúfenos. Llevo con ellos más de 30 años y, que recuerde, es la primera vez que siento una leve mejoría de estos incómodos intrusos. Lo pongo en vuestro conocimiento por si consideráis oportuno publicarlo en algún boletín y, así, poder contribuir a que otros afectados tengan la oportunidad, ojalá, de beneficiarse también.

El medicamento en cuestión se llama Earon. El único inconveniente que veo es el precio, algo elevado.

Un cordial saludo.

Jaime

Agradecemos a Jaime que haya querido compartir esta información con los socios de APAT a través de nuestra revista, y explicamos lo que hemos podido averiguar sobre el medicamento Earon, del que no teníamos información alguna.

Es un fármaco elaborado por Laboratorios Sodeinn, C. San Cesáreo, 9, 28021 Madrid, www.sodeinn.com que se vende por internet y en farmacias, y por ello cabe suponer que no requiere receta médica. Contiene Ginkgo Bilova, Melatonina, Citrato de Magnesio y la Coenzima Q10. De los 3 primeros componentes ya hemos explicado algunas referencias en estas páginas ya que son componentes de otros preparados similares. La novedad es la coenzima Q10 de la que no hemos encontrado información válida alguna en relación a su aplicación a los acúfenos; sabemos que es producida por el propio cuerpo mendiante biosíntesis, aunque parece

que hay dos factores principales que dan lugar a la deficiencia de dicha coenzima en los seres humanos: biosíntesis reducida, y el aumento de su utilización por el cuerpo. Se cree que algunas enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades del corazón, etc.) pueden reducir la biosíntesis y aumentar la demanda de la coenzima Q10 en el cuerpo, pero no existen hasta ahora datos concretos que apoyen estas afirmaciones. Se ha publicado que la prescripción de esta coenzima en el tratamiento de la migraña puede ser efectivo. Se sabe que aún con altas dosis de coenzima Q10 no hay toxicidad, ya que la toleran tanto las personas sanas como las enfermas.

Las indicaciones que señala el fabricante son, literalmente: Hipoacusia: (baja audición) provocados por traumas acústicos. Tinnitus: (ruidos inespecíficos), etc. están relacionados con una lesión del nervio auditivo, debida a una disminución del riego sanguíneo y al aumento de estrés oxidativo. La mejora de estos dos aspectos, favorecen una mejora en la audición. Mareos y vértigos: producidos por un déficit de riego sanguíneo.

En cuanto al precio vemos en internet ofertas del laboratorio fabricante y de algunas farmacias con precios que varían de 17,00 a 21,00 € (los precios son libres en esta clase de preparados) por 30 cápsulas de gelatina (se toma una cápsula al día).

Una vez más debemos avisar a nuestros lectores que nuestra asociación trata de cumplir con su compromiso de informar, y que la publicación de esta información no constituye una recomendación.

Otro medicamento a tener en cuenta

Hemos recibido una información de una persona afectada por acúfenos a la que, como en el caso anterior, su otorrino le prescribió un fármaco para aliviar sus acúfenos que fue efectivo, pero que tuvo un efecto secundario que le obligó a dejar de tomarlo. Este efecto fue la somnolencia que no le permitía desarrollar su trabajo habitual.

El medicamento se vende con el nombre comercial de Clinadil y su principio activo es la Cinarizina. Hemos visto en el Diccionario de Fármacos, XI Edición, de Editorial Médica Jims, las propiedades de dicho fármaco así como sus indicaciones y contraindicaciones, y vemos que se señala la somnolencia como una de los efectos secundarios.

CINARIZINA. Antihistamínico H1 y vasodilatador cerebral. *Indicado* en la insuficiencia cerebral y periférica y en el tratamiento de los trastornos del equilibrio de origen laberíntico. *Contraindicado* en pacientes con enfermedad de Parkinson, depresión, embarazo, sintomatología extrapiramidal, ictus cerebral en fase aguda y en menores de 18 años. *Precaución* en pacientes con glaucoma o hipertrofia de próstata. Puede potenciar el efecto de barbitúricos, alcohol, antidepresivos tricíclicos y anticolinérgicos. Los *efectos secundarios* son somnolencia, cansancio, molestias gastrointestinales, alteraciones de la visión y sequedad de boca. La aparición de sintomatología extrapiramidal será motivo para suspender el tratamiento. Administración oral. Dosis habitual: 75 mg/12 h. Se presenta en cáps. de 75 mg y en gotas (75 mg/gota).

Como en muchos otros casos, se ha prescrito un fármaco diseñado para aplicaciones distintas de los acúfenos, con resultados inicialmente positivos pero con efectos secundarios que prácticamente limitan o prohiben su aplicación.

Como en el caso anterior, reiteramos que esta información no es una recomendación, y avisamos a nuestros lectores que la prescripción de cinarizina requiere la intervención del médico, y por tanto que hay que olvidarse de la automedicación.

Terapia neural

En la revista APAT46 publicamos una información sobre la aplicación de la terapia neural al tratamiento de los acúfenos. Esta información fue motivada por la carta, publicada también en APAT46, que nos envió una persona afectada por acúfenos que había recibido terapia neural con resultados positivos. Como consecuencia de la información recibida contactamos con la Dra. Marisol Estrems, que fue quien había realizado la aplicación de dicha terapia, la cual aceptó impartir una conferencia sobre la terapia neural y su aplicación al tratamiento de los acúfenos.

La conferencia tuvo lugar el día 1 de diciembre pasado en el Centre Civic Sagrada Familia, con una concurrencia de 55 personas, las cuales plantearon diversas cuestiones a las que la conferenciante dio respuesta.

Por primera vez en las conferencias que organizamos, se ha grabado en video la totalidad del acto, lo que en esta ocasión se hizo a propuesta de la conferenciante. Ello nos permite ofrecer el contenido del mismo a todos los socios que estén interesados en saber en qué consiste la terapia neural. Para ver el video deben acceder a: **https://www.youtube.com/watch?v=kaFWOUNZXmA**

A partir de ahora, en APAT nos proponemos grabar un video de todos los actos que realice la asociación, y que se estime que puedan ser útiles para los socios, que por razón de su localidad de residencia no pueden asistir a dichos actos, y se pondrán a su disposición mediante su instalación en la plataforma (Vimeo, Youtube, etc.) que se indicará en cada caso.

Una nueva terapia para el tratamiento de los acúfenos

En un reportaje leído en El Confidencial, se publica que la periodista y presentadora de TV Carme Chaparro explicaba que padece una enfermedad que se le hace «insoportable». Hablaba del síndrome de Ménière, una enfermedad que afecta al aparato auditivo, unos de cuyos síntomas es un pitido constante en el oído. «No tengo consciencia de haber escuchado en alguna ocasión el silencio», decía la presentadora en un programa de TV, y añadía «al final te acostumbras y dejas de ir a sitios con mucho ruido porque no escuchas».

El tinnitus o acúfeno, un pitido constante en el oído, afecta en España un número desconocido de personas ya que carecemos de estadísticas fiables, aunque se estima en dos millones de personas, pudiendo ser invalidante para un 5 ó 6 % de las mismas.

Para todos ellos, un nuevo tratamiento experimental parece abrir una vía de esperanza. La investigación, publicada recientemente en *Science Traslacional Medicine,* consiste en una intervención de 30 minutos de estimulación alternante de audio y somatosensorial, emitida como tonos de sonido breves a través de auriculares y *pulsos leves en el cuello o la mejilla*.

La investigación destaca que el tinnitus surge a veces después de la exposición excesiva a ruidos fuertes, que es una de las razones por las que es la discapacidad más común relacionada con el servicio entre el personal militar. Los tratamientos actuales simplemente se proponen modificar la actitud de los individuos afectados al escuchar ruidos persistentes sin causa exterior que los provoque, en lugar de abordar las causas neurológicas subyacentes.

Trabajos previos sugerían que el tinnitus surge del disparo simultáneo y espontáneo por redes de neuronas en una región del cerebro llamada núcleo coclear dorsal. Así, el equipo de esta investigación, liderado por Kendra Marks, buscó un método para interrumpir la sincronía espontánea (o la activación sincronizada de las neuronas).

Los investigadores contaron con la participación de 20 personas en un estudio cruzado a doble ciego controlado con simulación. Primero, demostraron que los tratamientos de 20 minutos de estimulación alternante de audio y somatosensorial interrumpían la sincronía espontánea y aliviaban los síntomas del comportamiento en animales. Después, desarrollaron una unidad para llevar a casa a las personas con tinnitus, para que se autoadministrasen los estímulos durante 30 minutos cada día en el transcurso de 4 semanas.

Durante el estudio, dos individuos consiguieron la eliminación completa de los sonidos fantasma percibidos, y once participantes notaron reducciones en el volumen o el tono percibidos, lo que los llevó a caracterizar su tinnitus como menos «severo» o «penetrante». Los autores señalaron que alternar los dos estímulos fue crucial: ni los animales ni los humanos habían reducido la intensidad del sonido percibido cuando solo escucharon los sonidos a través de los auriculares.

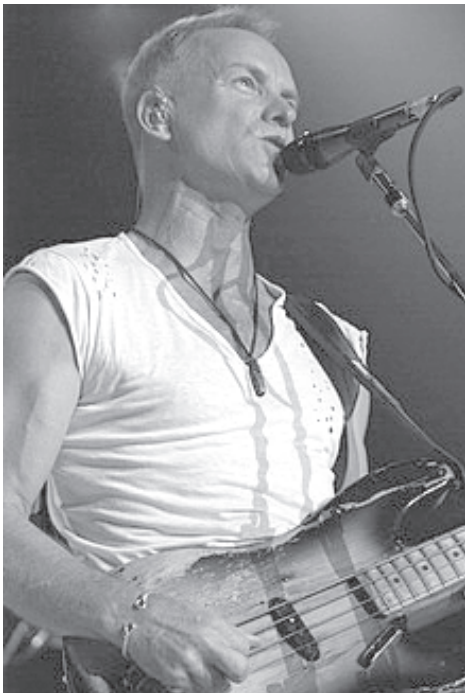
La investigación abre la puerta a un tratamiento eficaz para las personas que sufren esta dolencia en el mundo y que se calcula en torno a un 10% de la población.

La terapia consiste en una estimulación alternante de audio y somatosensorial, emitida como tonos de sonido breves a través de auriculares y *pulsos leves en el cuello o la mejilla*. Podemos entender lo que se refiere al audio, pero lo relativo a estimulación somatosensorial mediante *pulsos leves en el cuello o en la mejilla* desconocemos en que consiste exactamente. Trataremos de averigüar que son los *pulsos leves en el cuello o en la mejilla.*

Dado que el tratamiento, si se consolida, parece totalmente no invasivo, y no muy caro (aunque depende del precio al que se venda o alquile la unidad), estaremos atentos a las informaciones que podamos ampliar sobre esta terapia. No obstante, debe tenerse en cuenta que para su disponibilidad será preciso que alguien fabrique la unidad, y en nuestro caso, que alguien la distribuya en España previas las autorizaciones de las autoridades sanitarias si se precisaran.

Sting tiene acúfenos

STING es un conocido músico inglés que tiene acúfenos. Es músico, cantante, compositor y actor. Tiene números premios por sus composiciones e interpretaciones. Formó parte del grupo Police, con el que consiguió ser uno de los músicos con más ventas mundiales. Su música mezcla elementos de rock, jazz, reggae, clásicos y new-age, y es admirada por millones de fans en todo el mundo. Sus acúfenos, muy probablemente causados por su continua exposición a ruidos de elevada intensidad, no le han impedido ser uno de los músicos más conocidos y famosos mundialmente.



Dormir

La dificultad para dormir es uno de los problemas más habituales en las personas aquejadas de acúfenos. Se estima que el 50 % de los acufénicos que acuden a los médicos correspondientes manifiestan que tienen dificultades para dormir, siendo estas dificultades el rasgo más característico de su acúfeno.

Sueño normal

Muchas personas creen que un buen sueño nocturno requiere 8 horas de olvido total, al que seguirá un día en el que se sentirán perfectamente. En realidad, la normalidad en el sueño es algo mucho más complicado que esta simple idea.

En el sueño nocturno existen varias etapas, principalmente de dos tipos: etapas con movimientos rápidos de los ojos (sueño REM), y etapas con movimientos no rápidos de los ojos (sueño NREM). Estas diferentes etapas del sueño son evidentes en las ondas cerebrales cuando se examinan utilizando un electroencefalograma (EEG). El sueño REM recibe este nombre por el movimiento brusco de los ojos. Se conoce también como sueño activo debido a que el estado físico es similar al que tendría estando despierto, aunque sea difícil despertar. En esta etapa es cuando la persona sueña. El sueño NREM se divide en varias etapas: 1, 2, 3 y 4, siendo la etapa 1 la del sueño más ligero y la 4 la del más profundo. Un sueño normal consta de etapas REM y NREM cada una con una duración aproximada de 90 minutos. Durante las horas de sueño, es normal y rutinario que la persona se despierte más de una vez, y de forma inconsciente se dé la vuelta y siga durmiendo. El primer despertar suele ocurrir en un momento situado entre una hora y media y tres horas del inicio del sueño.

Después del primer despertar, los periodos de sueño REM se prolongan y el sueño se transforma en menos profundo por todo lo que resta de noche. Es decir, en la segunda parte de la noche el sueño es más ligero. Esto da lugar a que, en ocasiones, la persona perciba que ha dormido poco, e incluso que en esta parte de la noche tenga pensamientos conscientes. También en la segunda mitad del sueño es cuando se producen más despertares. Todo ello es normal.

Nuestros hábitos de sueño cambian con la edad, así lo que es normal a los 5 años de edad ha cambiado a los 12 años, y mucho más a los 50 años. Al envejecer, se reduce la duración del sueño profundo y se producen más despertares. Los jóvenes pueden despertarse 2 veces cada noche, pero los mayores pueden llegar hasta 9 veces por noche. La duración del sueño puede ser diferente de una noche a otra.

Además de las diferentes fases del sueño, hay que tener en cuenta que el ritmo biológico diurno presenta horas en las que se reduce, como cuando la persona se adormece a lo largo del día, en particular en las primeras horas de la mañana y en las últimas de la tarde. La siesta es una buena solución para compensar la reducción del ritmo biológico durante el día.

En resumen, el sueño es un fenómeno complejo, y una noche de sueño normal incluye sueño ligero y profundo, soñar, pensar y despertares, y periodos de quietud. Durante el día, es normal que se experimenten diferentes niveles del ritmo biológico.

Trastornos del sueño

Hay varios tipos de trastornos del sueño, pero el más común es el insomnio. Puede ser de inicio del sueño, cuando la persona tarda mucho tiempo en dormirse, o puede ser que cuando se despierta a lo largo de la noche tarde mucho tiempo en volverse a dormir.

Prácticamente todas las personas han experimentados estos trastornos en varias ocasiones a lo largo de su vida. Aproximadamente en un 10 % de la población estos trastornos son frecuentes, aumentando este porcentaje al 20 % en personas de 65 años o más.

Debe considerarse retraso en el inicio del sueño cuando la persona tarda más de 30 minutos en dormir. Si sucede 3 o más noches por semana a lo largo de varios meses, afectando su funcionamiento diario, debe considerarse insomnio.

La evidencia de lo que sucede cuando la persona tiene un sueño pobre o insatisfactorio es algo confusa. Parece que un sueño pobre está asociado a un estado de salud pobre. Algunos investigadores argumentan que esta relación no es clara, ya que los trastornos del sueño, que en algunos casos efectivamente se deben a problemas de salud, en su mayoría son consecuencia del estrés, el cual puede estar asociado a un pobre estado de salud. Ciertamente el sueño pobre está asociado con el estrés, el cual a su vez puede ser consecuencia de problemas laborales, financieros, familiares, e incluso sentimentales.

Otros investigadores han relacionado causa y efecto en diferente forma. Argumentan que cuando la persona duerme mal, es debido a ansiedad, depresión, dificultades de concentración y otros problemas durante el día.

El papel del estrés en el sueño se ha puesto de manifiesto en una investigación, en la que el 90% de las personas con insomnio cree que una mente ocupada juega un papel más importante en su insomnio que su propio estado físico. Esto parece ser cierto incluso cuando la persona tiene graves problemas físicos como cualquier manifestación de dolor crónico. Creemos que esto puede ser también cierto en el caso de los acúfenos.

Dada las diferentes experiencias frente a las dificultades para dormir, una cuestión muy importante es ¿porqué algunas personas se duermen en un instante y para otras resulta tan difícil conciliar el sueño? Una de las últimas y más persuasivas ideas para explicar esta cuestión es que la persona está preocupada, tiene estrés, se siente insegura y tiene creencias erróneas acerca del sueño, en definitiva la misma combinación de sentimientos que hace que el acúfeno sea un problema.

Los pensamientos automáticos negativos son elementos clave en este problema. Muchos de estos pensamientos son el resultado de una información errónea sobre el sueño que dan lugar a que la mente esté en alerta, lo que a su vez dificulta el sueño. También llevan a un aumento en el nivel de estrés lo cual provoca nuevos pensamientos automáticos negativos, que causan que la persona esté atenta a las señales de estar despierta, lo que le hace pensar que su sueño está siendo pobre. Las personas tratan de protegerse de las consecuencias del sueño pobre y, a menudo, los cambios en su comportamiento ante su propia inseguridad, inadvertidamente les mantienen preocupados, y lo que es peor, con su mente muy activa lo que dificulta el sueño.

Lo que la persona hace durante el día también puede tener consecuencias en la calidad de su sueño, especialmente si se trata de actividades conscientes que dan lugar a que la persona siga pensado en lo que ha hecho y en sus consecuencias, sobre todo cuando éstas pueden ser negativas.

Acúfenos y sueño

Téngase en cuenta que el 50% de las personas que acuden al médico por causa de sus acúfenos presentan problemas de insomnio. Esto significa que el otro 50% duerme relativamente bien, y que es posible tener acúfenos y dormir sin problemas.

Los acúfenos de las personas que duermen bien no son diferentes de los acúfenos de las personas que duermen mal. En éstos la causa suele ser que están inquietos y estresados y tienen creencias erróneas sobre el sueño, y no exclusivamente debido a sus acúfenos.

El sueño provoca algunos cambios que pueden afectar la percepción del acúfeno. Existe normalmente un cambio en el nivel de ruido desde el momento en que cierra la TV o se acaba la conversación con la pareja, y en el caso de que la persona utilice audífonos o generadores de sonido el cambio se produce cuando se los quita para iniciar el sueño. Obviamente, cuando estos cambios dan lugar a un aumento de la diferencia entre las intensidades del acúfeno y del sonido del entorno, el acúfeno toma más protagonismo.

Las horas de sueño pueden ser las primeras del día en las que la persona está libre de distracciones, y la mente tiene más oportunidades de focalizarse en el acúfeno, además de pensar en los problemas del día.

Por otra parte, es normal que durante el sueño se produzcan varios despertares. Si la persona está ansiosa por causa de su acúfeno, ello puede capturar su atención al despertar, pudiéndose generar pensamientos automáticos negativos, que aumentan su nivel de estrés, que, en definitiva, dan lugar a que precise mucho tiempo para volverse a dormir. Es decir, estos cambios hacen el acúfeno más notorio.

En todo caso, es el entorno y las circunstancias de la persona las que cambian tanto al iniciar el sueño como después de un despertar, pero el efecto es que el acúfeno sea más intrusivo y aversivo.

Corregir las creencias erróneas sobre el sueño

Es muy útil reflexionar cuidadosamente sobre las propias creencias sobre el sueño. Algunas personas creen que para tener un sueño efectivo hay que estar 8 ó más horas en un estado similar al estado de coma, es decir, ajeno totalmente al entorno y sin despertar alguno desde el inicio hasta el final del sueño, cuando es algo muy distinto como se ha explicado anteriormente. Puede ser un avance reconocer lo que es el sueño: un periodo de tiempo en el que se producen muchos cambios pasando de sueño profundo a sueño ligero, y se sueña, hay varios despertares e incluso en muchos casos alguno de estos despertares conlleva que la persona esté consciente y tenga pensamientos. Además, la persona no necesariamente se despierta totalmente despejada, ya que a menudo necesita un tiempo para estar totalmente despierta y consciente.

Cuando a los pacientes que no duermen bien se les pregunta en la consulta por su sueño, tienden a exagerar lo malo que es su sueño. Si los pacientes hicieran un diario o estadillo relativo al sueño en el que detallaran consideraciones relativas al tiempo de sueño, horarios, despertares, etc. se observaría que los pacientes tienen mejor sueño del que explican.

Hacer un diario en el que se indiquen las características del sueño, es una ayuda para determinar las decisiones a tomar para mejorar la calidad del sueño. Un aviso a quien vaya a hacer el diario: en lo relativo a horarios y a horas de sueño no mire el reloj, basta con que refleje en el diario lo que estime, que no será exacto pero normalmente podrá ser suficientemente aproximado. El diario debería recoger los elementos siguientes: horario (hora a la que se ha metido en la cama, hora en la que se ha levantado, tiempo total en cama, tiempo que tardó en conciliar inicialmente el sueño, lo mismo en el caso de un o varios despertares), medicamentos y alcohol que haya tomado antes de ir a la cama, estimación personal de la calidad de sueño obtenido (puede hacerlo mediante una escala de 0 a 10), estimación personal de la forma en como se ha sentido al día siguiente, etc. Habría que hacer el diario a lo largo de 15 días por lo menos, tiempo para que la información recogida sea más fiable que los recuerdos que la persona pueda tener de su sueño en los últimos 15 días.

Reconocer y evaluar los pensamientos negativos automáticos (PNAs) sobre el sueño y el acúfeno

Es conveniente reconocer los pensamientos negativos que la persona acufénica tiene sobre el sueño, que suelen ser automáticos, es decir, afloran en la mente sin una reflexión o consideración previa sobre los mismos. Aunque estos pensamientos son muy personales, dado que a veces cuesta identificarlos, señalamos algunos de los más comunes:

No me voy a dormir.
Estaré incómodo toda la noche.
Mañana estaré cansadísimo.
Mañana no estaré en condiciones de realizar nada.
Dormir mal afectará a mi salud.
Estaré nervioso toda la noche y seguiré mañana.

Además de estos pensamientos que son comunes a todo el mundo con problemas de sueño, con o sin acúfenos, hay que añadir los propios de las personas con acúfenos:

El acúfeno lo percibiré toda la noche.
Mi acúfeno será mañana mucho más intenso,
El acúfeno hará que me despierte varias veces.
Por culpa del acúfeno me despertaré mucho más temprano de lo deseable.

Una vez el paciente haya identificado sus PNAs, deberá preguntarse qué es lo que puede hacer para modificarlos. Una ayuda para ello puede ser tomarse un tiempo para recordar todos sus pensamientos negativos automáticos (PNA) sobre el sueño. Una sugerencia es sentarse cómodamente y pensar que tales PNAs están pasando por delante de la persona, como quien ve los créditos de una película o ve pasar las nubes. Pensar en cada uno de los PNAs un espacio de tiempo muy corto, y olvidarlo y pasar al siguiente. Se trata de observarlos, no de tratar de cambiarlos. Darse de cuenta de cómo llegan y como se van. Al cabo de unos pocos minutos volver a la actividad habitual.

Este ejercicio de observación puede ayudar a la persona a sentirse menos prisionera de sus propios pensamientos, al darse cuenta de cómo llegan y de cómo se van y son reemplazados por otros pensamientos. Esta experiencia es útil tanto en relación a los pensamientos felices como a los negativos. La persona debe considerar los pensamientos, como lo que son: “pensamientos”, que pueden afectar su comportamiento, pero que no son necesariamente la realidad. Con este ejercicio no se debe esperar que los PNA van a desaparecer, pero puede conseguir reducir su impacto a la hora de ir a la cama.

La inducción al sueño puede producirse pensando en cualquier cosa, a condición que no sea un pensamiento estimulante. Es una buena práctica tanto si el problema se produce al inicio del sueño, como si ocurre al despertar en mitad de la noche. Puede ser útil repetir una palabra una y otra vez para evitar la ”llegada” de los PNAs a la mente. La palabra elegida debe ser pronunciada en voz muy baja o bien sin llegar a pronunciarla pero pensando en ella hasta que la persona caiga dormida. Otra alternativa es realizar una operación aritmética; por ejemplo ir restando 7 uniades del número inicial 10.000 hasta dormirse.

Relajación

Además de las estrategias descritas o las que cada persona pueda utilizar, interesa acostarse en estado relajado. Hay varias terapias de relajación que pueden ser eficaces. Nosotros recomendamos relajarse mediante la respiración diafragmátia y la relajación progresiva de Jacobson, que pueden verse como se realizan mediante el DVD Relajación publicado por nuestra asociación.

Evitar acciones y pensamientos que requieran su atención

La ansiedad de una persona al pensar en su sueño da lugar a prestarle una atención selectiva y excluyente. Es habitual que esta situación conduzca a la persona a observar su propio cuerpo para encontrar señales de que se está durmiendo o por el contrario aún está despierta, verificar el nivel de su acúfeno, observar el entorno buscando señales de que no está dormida, mirar el reloj para saber cuanto tiempo necesita para dormirse o para calcular cuando tiempo podrá dormir, o mirarlo por la mañana para saber cuantas horas ha dormido; y buscar signos de fatiga y de falta de sueño durante el día.

Las acciones descritas constituyen un factor distorsionante para conseguir dormirse. Un consejo relativo a su despertador: déle la vuelta de forma que no vea a esfera, pero seguirá oyéndolo a la hora de despertarse.

Recomendaciones para la mejora del sueño

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

1. No estar en la cama más del tiempo necesario para dormir. Acostarse cuando se tenga sueño y levantarse todos los días a la misma hora. No dormir durante el día.

2. Evitar la cafeína ya desde la tarde, y evitar el consumo de alcohol antes de intentar dormir.
3. Reducir el consumo de tabaco.
4. Hacer ejercicio con regularidad, preferentemente por la mañana y no más tarde de las 16 horas, es decir, evitar la actividad física intensa a las horas previas a las de ir a la cama.
5. En las horas previas a las de ir a dormir, realizar actividades que ayuden a reducir la actividad del organismo (leer, ver televisión, etc.). Evitar comidas y cenas pesadas (de digestión difícil).
6. Reducir el consumo de líquidos después de cenar (para evitar tener que ir al baño por la noche), y en todo caso tomar un vaso de leche, ya que contiene triptófano que puede ayudar a conciliar el sueño.
7. Establecer comportamientos rutinarios que puedan llegar a asociarse con la conducta de dormir (tomar un baño caliente, beber un vaso de leche, lavarse los dientes, ponerse el pijama, programar el despertador a la hora prevista, practicar ejercicios de relajación, leer un rato, apagar la luz, etc.).
8. Cuidar el ambiente de la habitación en la que se duerme. En lo posible programar la temperatura más agradable, evitar que entre la luz del exterior o de las otras habitaciones de la casa, procurarse una buena cama y cuando se comparte controlar la conducta del compañero/a.
9. Evitar preocupaciones en la cama. Programar un tiempo durante el día, siempre a la misma hora y en el mismo lugar, y si surge una preocupación por la noche, acordarse de que durante el día siguiente podrá contemplarse durante el tiempo dedicado a las preocupaciones.
10. No tomar medicación para dormir salvo en casos excepcionales. Consultar al médico cuando para el tratamiento se toman medicamentos que puedan dificultar el sueño.
11. No realizar ninguna actividad en la cama que no sea dormir (no ver televisión, no comer, no pensar en problemas o cosas que deba hacer, no leer durante mucho tiempo, etc.). La actividad sexual es la única excepción a esta norma, y cuando se produzca deberán seguirse las presentes instrucciones cuando intente dormirse.
12. Si pasado un tiempo (30 minutos aproximadamente) desde que se metió en la cama con la intención de dormir no lo ha conseguido, levántese y vaya a otra habitación, y una vez en ella realice una actividad relajante como leer o oir música (música relajante se entiende). Regrese a su cama solo cuando empiece a sentir que tiene sueño. Si una vez haya regresado a la cama sigue sin dormir, repita la operación anterior tantas veces como sea necesario.
13. Si tras quedarse dormido se despierta durante la noche y permanece más de 30 minutos sin conciliar el sueño, ponga en práctica las instrucciones anteriores.
14. Prepare su despertador para que suene todas las mañanas a la misma hora y levántese en cuanto suene la alarma, con independencia del tiempo que haya dormido durante toda la noche.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos hipnóticos constituyen un recurso ampliamente utilizado para el tratamiento sintomático de los pacientes con insomnio, aunque su indicación principal es el insomnio transitorio o de corta duración y asimismo se utilizan intermitentemente en el insomnio crónico. Sea cual sea el caso debe recomendarse un tratamiento de corta duración (días o semanas), con el fin de reducir le riesgo de dependencia, y en todo caso debe ser un tratamiento prescrito y controlado por el médico.

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

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

LECTOR: TENGA EN CUENTA ESTAS INDICACIONES PARA DORMIR MEJOR
BUENAS NOCHES

¿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

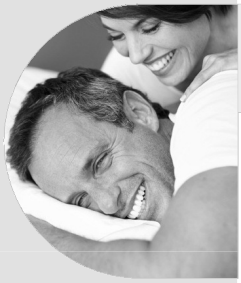
Mediante una extensa entrevista personal y un completo programa de pruebas audiométricas, le ofreceremos una valoración de la incapacidad que provoca el acúfeno en su vida.

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