APAT 55
Diciembre 2019

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. El informe sobre los fármacos ototóxicos..... 1
2. El dolutegravir puede ser ototóxico 3
3. Un nuevo fármaco antidepresivo que puede ser ototóxico 3
4. Tinnitus somatosensoriales 4
5. La investigación de tratamientos del tinnitus presenta pocos avances prácticos ¿Cuáles son las causas? 7
6. *Tinnitus Research Initiative.* Conferencia 2019 8
7. Charles Darwin tenía acúfenos 10
8. La frustación generada por el acúfeno acentúa su carácter intrusivo 11
9. Curso de Mindfulness 18

EL INFORME SOBRE LOS FÁRMACOS OTOTÓXICOS

Está admitido por la mayor parte de los profesionales, tanto clínicos como investigadores, que algunos fármacos presentan un efecto secundario nocivo para las personas con acúfenos consistente en un aumento de la intensidad percibida. Puede ocurrir que la prescripción de tales fármacos sea la causa de acúfenos en personas que no los tenían. Este efecto secundario es conocido como ototoxicidad, término aplicado también a los efectos nocivos de los fármacos sobre el sistema auditivo en general.

Por este motivo las instituciones que tienen como objetivo el tratamiento de los acúfenos, deben informarse sobre los fármacos que pueden ser ototóxicos. Estas instituciones son en su mayoría asociaciones de pacientes como APAT. Nos consta que las administraciones de la sanidad pública facilitan poca o nula información sobre esta cuestión, y tampoco lo hace la industria farmacéutica.

Las asociaciones de pacientes suelen publicar listas de fármacos que pueden ser ototóxicos basadas en informaciones de bases de datos farmacéuticos, en la ficha técnica de los fármacos en la que deberían constar los efectos secundarios y en la información que facilita la *European Medicines Agency* EMA en Europa y la *Federal Drug Administration* FDA en América. Basándonos en estas informaciones hemos publicado informes sobre ototoxicidad en 2010, 2014 y 2018, y nuestro propósito es revisarlos en 2022.

Hemos observado, por consultas recibidas y por comentarios oídos, que el informe no siempre es interpretado correctamente por los pacientes.

Cuando se cita un fármaco en el informe se está diciendo que su percepción lleva consigo el riesgo de ser ototóxico, pero no se dice que será forzosamente ototóxico.

Esto es así debido a que no todas las personas tienen las mismas reacciones al tomar un determinado fármaco y, además, la ototoxicidad depende del tiempo de prescripción, de las dosis prescritas y de las circunstancias físicas del paciente. Tomar una aspirina un día puede afirmarse que no generará ototoxicidad, pero tomarla diariamente durante uno o varios meses tiene muchas probabilidades de ser ototóxica. Tomar un ibuprofeno para aliviar una gripe no generará ototoxicidad, otra cosa sería tomarlo largo tiempo para tratar patologías crónicas.

En el informe Acúfenos y Fármacos de 2018 en la mayoría de los fármacos información orientativa sobre la probabilidad de que sean ototóxicos, basada en las informaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España y en las de la EMA (*European Medicines Agency*) relativas a las informaciones por sospechas de ototoxicidad comunicadas por los profesionales de toda Europa a dicho organismo en el último año.

El acúfeno generado por un fármaco ototóxico puede ser transitorio o permanente. En el primer caso el efecto desaparece cuando el paciente ha dejado de tomar el fármaco y su cuerpo lo ha eliminado totalmente. En el segundo caso el efecto se mantiene aunque la prescripción haya cesado. Esta información que sería muy útil para el paciente en general se desconoce. Otra información de la que carecemos es conocer las dosis y la duración de la prescripción para que el efecto ototóxico se produzca. Nos interesaría que nuestros informes incluyeran estas dos informaciones, pero parece improbable que algún día podamos tenerlas de una forma inequívoca, ya que la ototoxicidad, además de lo que sabemos y de lo que querríamos saber, depende también de las circunstancias personales de cada uno de los pacientes.

Ante la prescripción de un fármaco que puede ser ototóxico, es importante que el profesional prescriptor valore el riesgo y el beneficio de tal tratamiento farmacológico, y en ocasiones en las que no existan otras alternativas terapéuticas, puede ser necesario administrar un fármaco ototóxico a un paciente con acúfenos o sordera. En estos casos es obligado tomar precauciones para reducir el riesgo de ototoxicidad, como ajustar la dosis y la duración del tratamiento a las características del paciente y a su patología de base, así como monitorizar la función auditiva, controlando periódicamente, la posible aparición de acúfenos, vértigo, pérdida de audición, antes, durante y después del tratamiento.

También es importante alertar de nuevos casos, por lo que si aparecen acúfenos o se agravan los ya existentes, y si se sospecha que se relacionan con un fármaco, debe comunicarse al médico con objeto de que éste informe al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, para analizar la posible causalidad del acúfeno.

En estas páginas solemos publicar las informaciones sobre ototoxicidad que nos han transmitido nuestros socios y nuestros lectores, y lo seguiremos haciendo, con el propósito de ampliar la información disponible con datos generados por las experiencias vividas por los propios pacientes.

……..

En APAT50 explicamos el caso de Miguel al que por trastornos psiquiátricos le habían prescrito el antidepresivo citalopram, y llevaba 2 años tomándolo y soportando un acúfeno severo que había aparecido simultáneamente a la realización de dicho tratamiento. Conocemos el caso de una señora de 81 años que hace 7 años que toma todos los días citalopram, prescrito para su problema depresivo, que acusa una leve pérdida auditiva y no tiene acúfenos.

¿Qué debemos decir cuando nos pregunten por el citalopram?
No podemos decir que es ototóxico, y tampoco podemos decir lo contrario.
La única respuesta puede ser: el citalopram tiene el riesgo de producir ototoxicidad.

EL FÁRMACO DOLUTEGRAVIR PUEDE SER OTOTÓXICO

Hemos recibido un correo de un otorrino brasileño que ha accedido a la información disponible en nuestra web. La traducción al español de dicho correo es:

Estimados amigos: tengo un paciente que me explica que tiene un acúfeno como efecto colateral del fármaco Dolutegravir. En su informe Acúfenos y Fármacos 2018 este fármaco no aparece, aunque se describe un análogo del mismo: Raltegravir. ¿Saben si existe información sobre la ototoxicidad del Dolutegravir?.
Muito obrigado. **Prof. Ramatis Aguiar**

Hemos consultado a las autoras del informe y nos dicen:

El Dolutegravir es un fármaco nuevo del que la EMA *European Medicines Agency* ha registrado en el último año solamente tres comunicaciones de sospecha de tinnitus. La conclusión es que no hay información suficiente que pueda asegurarnos la posible ototoxicidad del Dolutegravir. Recomendamos que cuando aparezca la sospecha de un efecto adverso, se comunique al Centro Nacional de Farmacovigilancia correspondiente, con el fin de conocer la posible toxicidad de los medicamentos, especialmente los de nueva comercialización.

El dolutegravir es un antivírico, indicado en el tratamiento del SIDA.

UN NUEVO FÁRMACO ANTIDEPRESIVO QUE PUEDE SER OTOTÓXICO

Transcribimos un correo que nos ha enviado Juana desde Asturias:

Vivo en Asturias y me pongo en contacto con ustedes para saber si podrían ayudarme ya que desde hace casi un año padezco de acúfenos (de dos tipos diferentes, uno de ellos apareció primero y un poco más tarde otro diferente). Todo comenzó a raíz de una medicación prescrita por el servicio de psiquiatría que me está tratando desde hace 2 años, tras 3 meses de tomar esa medicación (Zinosal 12,5 mg) me la retiraron por los múltiples problemas que me ocasionaba, estos fueron desapareciendo poco a poco excepto los 2 ruidos, me derivaron al servicio de neurología el cual me realizó diversas pruebas en las que no detectaron nada anormal, posteriormente me vio el servicio de otorrinolaringología el cual tampoco encontró nada anormal en la exploración a excepción de un nivel de audición por encima de la media. Actualmente solamente estoy tomando diazepan 2 veces al día y el problema cada vez me está afectando más y nadie me da una solución clara para este problema.

El principio activo del Zinosal es la tianeptina sódica de la que no teníamos información alguna ya que no aparece en el informe Acúfenos y Fármacos 2018, ni la vemos en otros informes. Está indicada en la depresión y pertenece al grupo terapéutico de los antidepresivos tricíclicos. En el Vademecum se describen sus posibles efectos secundarios y no se señala la ototoxicidad entre ellos. Su dispensación está sujeta a receta médica. El laboratorio farmacéutico que lo distribuye en España señala que es un fármaco indicado tanto para el tratamiento de la ansiedad como la depresión en adultos. Señala también que es un fármaco novedoso cuya comercialización se inició hace 2 años. Nada se indica sobre su posible ototoxicidad.

Si a una persona con acúfenos le prescriben Zinosal, sería una buena precaución advertir al médico prescriptor del riesgo de ototoxicidad como le ha pasado a Juana.

En cuanto al diazepan, que aparece en nuestro listado, la probabilidad de que sea ototóxico es reducida, ya que las comunicaciones recibidas por la EMA sobre su ototoxicidad son escasas.

TINNITUS SOMATOSENSORIALES

Dr. Sarah Michels. Universidad de Antwerp

El sistema somatosensorial es una parte del sistema nervioso sensorial. Es un complejo de redes de terminales nerviosos y de neuronas que responden tanto a los cambios en la superficie como en el interior del cuerpo.

Los tinnitus somáticos (TS), también denominados somatosensoriales son un subtipo de tinnitus subjetivo, en el que tiene lugar la transmisión de información somatosensorial desde las vértebras cervicales o/y del músculo temporomandibular (que acciona el movimiento de la mandíbula) que causa o altera la percepción del tinnitus que tiene el paciente.

Varios estudios iniciados en 1999 han encontrado, tanto en animales como en humanos, conexiones entre el sistema somatosensorial de las cervicales (cuello) y el músculo temporomandibular (mandibular) con el núcleo coclear, lo que constituye una explicación fisiológica del tinnitus somático. Según estos estudios, informaciones cervicales y temporomandibulares son transportadas al cerebro por diversos nervios, el trigémino entre ellos, alguno de los cuales conecta también con el sistema auditivo central (área cerebral que procesa el sonido), lo que permite que el sistema somatosensorial influya en el sistema auditivo afectando a su funcionamiento. Es por ello que el sistema somatosensorial puede alterar la intensidad percibida del tinnitus.

En los estudios publicados la prevalencia de los casos de tinnitus somáticos es muy variada. Un estudio reciente con 1.262 pacientes con tinnitus la fijaba en un 12 %, y otro estudio estimaba que era el 16 %. No obstante otros estudios anteriores mostraban una prevalencia mucho mayor, del 43 % e incluso del 83 % en un caso. La razón de esta discrepancia entre distintos estudios puede encontrarse en una cierta ambigüedad existente en la definición del tinnitus somatosensorial interpretada de forma diferente de unos investigadores a otros.

Diagnóstico

Para explicar cómo diagnosticar este subtipo de tinnitus hemos aplicado el llamado Método Delphi, consistente en recabar las opiniones de profesionales expertos en el tema a través de responder a un cuestionario, y posterior comunicación para discutir en un encuentro sobre todos los puntos de desacuerdo hasta llegar a un consenso aceptado por todos ellos.

En total 13 especialistas de 10 países completaron el proceso. Durante el encuentro final, el grupo de especialistas estuvo de acuerdo en una lista de síntomas y/o criterios que si están presentes, permiten afirmar con una razonable expectativa la influencia del sistema somatosensorial en la percepción del tinnitus por el paciente (tablas 1 a 3).

TABLA 1. **Modulación del tinnitus que sugiere influencia somatosensorial en el tinnitus.**
El paciente es capaz de modular el tinnitus mediante movimientos voluntarios de la cabeza, el cuello, la mandíbula o los ojos.
El paciente es capaz de modular el tinnitus mediante maniobras somáticas, por ejemplo, apretando la mandíbula.
El tinnitus es modulado por simple presión en puntos gatillo miofasciales.

TABLA 2. **Características del tinnitus que sugieren influencia somatosensorial.**
El tinnitus y los problemas en las cervicales o en la mandíbula aparecieron simultáneamente.
El tinnitus y los dolores en las cervicales o en la mandíbula se agravan simultáneamente.
El tinnitus llega precedido de un trauma en la cabeza o en el cuello.

El tinnitus aumenta de intensidad en determinadas posturas del paciente.
La intensidad del tinnitus y su localización (derecha, izquierda o en ambos) varían.
En el caso de tinnitus unilateral el audiograma no aprecia el tinnitus.

TABLA 3. **Síntomas que acompañan al tinnitus que sugieren influencia somatosensorial.**

El tinnitus está acompañado frecuentemente de dolores en las cervicales, en la cabeza o en el hombro.
El tinnitus está acompañado de puntos gatillo presentes en músculos cercanos al oído.
El tinnitus está acompañado de aumento de la tensión en los músculos suboccipitales.
El tinnitus está acompañado de un aumento de tensión en los músculos extensores de las cervicales.
El tinnitus está acompañado de desórdenes en la musculatura temporomandibular.
El tinnitus está acompañado de bruxismo (rechinar los dientes).
El tinnitus está acompañado por trastornos dentales.

Las informaciones transcritas en las tablas anteriores fueron consensuadas por los especialistas convocados, y todas ellas sugieren con fuerza la influencia somatosensorial en la percepción del tinnitus, sin perder de vista que estas condiciones varían notablemente de un paciente a otro.

Para prevenir diagnósticos erróneos es importante tener en cuenta las observaciones de los expertos. Cuando se trata de las informaciones que figuran en las tablas anteriores relativas a modulación hay un consenso en reconocer su importancia en el diagnóstico del TS, especialmente cuando se trata de movimientos voluntarios, aunque si no se detecta esta capacidad de modulación ello no significa que no pueda haber TS. En consecuencia, la modulación somática no debe ser utilizada en el diagnóstico con un sencillo SÍ (tiene TS si hay modulación) o NO (no tiene TS si no hay modulación). Aunque el uso de maniobras somáticas para verificar la modulación del tinnitus fue aceptado por todos los expertos, algunos de ellos creen que el uso de los resultados de estas maniobras para el diagnóstico del TS puede ser insuficiente para asegurar su existencia.

Debe tenerse en cuenta que los conceptos como *tinnitus acompañado de frecuente dolor en la cabeza, cuello o hombro*, o *tinnitus acompañado por desórdenes temporomandibulares* deben ser utilizados con prudencia si son los únicos síntomas presentes. Esto es debido a que la relación entre el tinnitus y los problemas en cervicales y en la mandíbula pueden tener lugar sin que exista una relación de causa-efecto. Por otra parte, cuando estos conceptos se combinan con otros como *el tinnitus y los problemas en las cervicales o en la mandíbula aparecieron simultáneamente* o *el paciente es capaz de modular el tinnitus mediante movimientos voluntarios de la cabeza, el cuello, la mandíbula o los ojos*, la probabilidad de que el diagnóstico de TS sea correcto aumenta notablemente.

Tratamientos

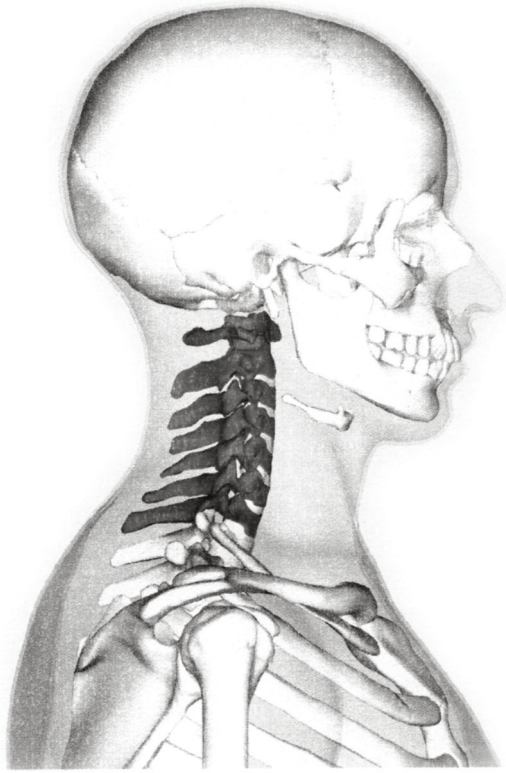
Se sugirieron varias técnicas para el tratamiento del TS, que consistían generalmente en técnicas dirigidas a la corrección de los trastornos en cervicales, cuello, hombro y mandíbula.

Tratamiento del músculo temporomandibular

Solo disponemos de tres estudios que traten el efecto del tratamiento temporomandibular sobre la severidad del tinnitus. Estos estudios muestran que la severidad del tinnitus decrece significativamente después de tratamientos con férulas combinados con ejercicios mandibulares. Uno de los estudios afirma que este efecto beneficioso solo se producía en personas con tinnitus muy severo, y no se apreciaba en pacientes con tinnitus leve o moderado.

Tratamiento de las vértebras cervicales

En 2016 se publicó una revisión de los estudios publicados sobre el TS, que identificó cuatro ensayos controlados que identificándose el efecto de los tratamientos de las vértebras cervicales en la severidad del tinnitus. Estos estudios mostraron un efecto positivo de las manipulaciones de las vértebras cervicales, del tratamiento de los puntos gatillo miofasciales, de la estimulación eléctrica transcutánea de los nervios, y de una combinación de estiramientos, ejercicios posturales y acupuntura auricular.



Un estudio reciente mostró efectos positivos de un tratamiento cervical multimodal en la severidad del tinnitus. Este tratamiento consistía en una combinación de movilizaciones manuales, tratamiento de los puntos gatillo miofasciales y ejercicios de movilización y de estabilización, diseñado específicamente para cada paciente.

T***ratamiento por estimulación bimodal***

Un estudio muestra un efecto positivo en la severidad del tinnitus después de un tratamiento de estimulación bimodal en 20 pacientes con TS unilateral. Este tratamiento consiste en una combinación de estimulación auditiva o sonora y estimulación eléctrica aplicada a las vértebras cervicales o al área temporomandibular. Este estudio se está ampliando actualmente con un número elevado de pacientes, aunque, por ahora, no tenemos los resultados.

Conclusión

La existencia de un subtipo de tinnitus cuya severidad está influenciada por información somatosensorial procedente de las vértebras cervicales y/o del área mandibular está aceptada unánimemente por investigadores y por clínicos.

Aunque los especialistas están de acuerdo en una serie de criterios que permitan identificar pacientes con TS, realizar un diagnóstico efectivo no resulta fácil, con frecuencia debido a que los pacientes presentan una combinación de factores que pueden influir en su tinnitus.

Una vez diagnosticado el TS puede ser tratado con éxito con fisioterapia aplicada a las vértebras cervicales o con tratamientos orofaciales combinados con la colocación de férulas. El efecto de la estimulación bimodal descrita anteriormente es prometedor, pero necesita ser confirmado por estudios con un amplio número de pacientes.

LA INVESTIGACIÓN DE TRATAMIENTOS DEL TINNITUS PRESENTA POCOS AVANCES PRÁCTICOS ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

El tinnitus presenta una situación inusual en lo que se refiere a sus tratamientos en comparación con otras patologías. Hay pocos tratamientos válidos, y en todos ellos los éxitos son escasos y parciales. Además, los tratamientos que tienen algún resultado suelen consistir en la reducción de la intensidad percibida pero no en eliminar el tinnitus, o bien conseguir que el paciente se habitúe a su tinnitus de forma que afecte lo menos posible a su calidad de vida.

No hay una única razón que pueda explicar esta situación, ya que diversos autores han identificado varias razones como las que siguen.

1. Las estadísticas de pacientes con tinnitus son poco fiables, ya que se trata de una patología que hace que muchos que la sufren nunca acudan al médico, y por tanto cuantificar fiablemente cuantas personas ven afectada su calidad de vida por su tinnitus resulta difícil o imposible. Esta circunstancia puede ser una causa de que las grandes compañías farmacéuticas no se hayan interesado por nuestro problema.
2. La definición de qué es el tinnitus no es suficientemente clara dado que existen varios tipos de tinnitus que obedecen tanto a su origen como su etiología.
3. Aunque se han hecho avances notables para conocer los mecanismos que producen el tinnitus, aún existen muchos casos que no responden al modelo neurosensorial que parece ser el más común y el más estudiado.
4. Faltan fondos para ser utilizados en la investigación, la cual está realizada por reducidos grupos de investigadores, e incluso por investigadores individuales, sin que haya conexión entre los grupos de investigación que hay en varios países.
5. La investigación del tinnitus debe ser multidisciplinar, y no en todos los centros se tiene en cuenta esta circunstancia.

La necesidad de que los grupos de investigadores que trabajan en distintos países pudieran comunicarse motivó la creación de una fundación en Inglaterra: ***Tinnnitus Research Initiative TRI***, que, entre otras actividades, organiza encuentros entre investigadores todos los años, que permiten establecer una comunicación entre distintos grupos.

Los tratamientos más comunes se basan en intervenciones psicológicas como la terapia cognitiva comportamental, que parece ser eficaz para mejorar la calidad de vida del paciente aunque prácticamente no tiene efecto alguno sobre la percepción del tinnitus. La mayoría de las personas con tinnitus desearían una solución basada en un fármaco sea una pastilla, una inyección o un supositorio, pero esta posibilidad no parece cercana.

Resulta extraño que los grandes grupos farmacéuticos no se hayan propuesto estudiar el fármaco que cure el tinnitus. Una estimación realizada en Inglaterra asegura que una píldora para el tinnitus podría recaudar en todo el mundo cerca de 700 millones de dólares en el primer año.

Hay en curso estudios de varios fármacos. El neramexane que en un estudio con humanos realizado hace unos años reveló posibilidades aunque generó efectos secundarios nocivos que no han permitido su comercialización, y actualmente se están estudiando las modificaciones necesarias para corregir tales efectos secundarios. Los fármacos AM105 y OTO313 basados en una inyección a través del tímpano están en estudio. No se ha desarrollado la utilización del acamprosato, un fármaco diseñado inicialmente para ayudar en el combate contra el alcoholismo, y que se utilizó con éxito en el tratamiento del tinnitus en algunos países de Sudamérica.

Aunque el panorama que tenemos no es claro, no debemos perder la esperanza.

TINNITUS RESEARCH INITIATIVE TRI: CONFERENCIA 2019

TRI es una fundación sin ánimo de lucro financiada con aportaciones de diversos filántropos ingleses. Su objetivo es el desarrollo de tratamientos efectivos para todo tipo de tinnitus de forma que los resultados que pueda obtener sean beneficiosos para todos los que sufren tinnitus.

En el pasado la investigación de tratamientos para el tinnitus se ha realizado por investigadores individuales o en pequeños grupos, y normalmente trabajando independientemente sin contactos entre los grupos dispersos en muchos países. Las actividades del TRI se basan en la convicción que la colaboración entre investigadores pertenecientes a distintas espacialidades y a distintos países es esencial para comprender mejor el tinnitus y desarrollar tratamientos eficaces.

Entre otras actividades el TRI organiza una conferencia anual que reúne a investigadores de todo el mundo, y de distintas disciplinas: otorrinolaringólogos, neurólogos, audiólogos, psicólogos, etc. todos ellos implicados en el estudio de tratamientos del tinnitus. Con la reunión del actual año 2019 ya se han celebrado 12 reuniones. A la primera de ellas acudieron una docena de investigadores, y la última, celebrada en Taipei (la primera celebrada en Asia) reunió a 400 asistentes. La próxima reunión, en primavera de 2020, tendrá lugar en Canadá.

Tinnitus Hub (https://www.tinnitushub.com), una asociación de origen inglés constituida por pacientes con tinnitus, envió a la reunión a sus representantes, los cuales nos explican que con más tiempo ofrecerán un rapport completo de lo escuchado en la Conferencia 2019, y que, de momento, describen sus impresiones en el texto **Siete cosas que aprendimos en la Conferencia del TRI de 2019** que transcribimos a continuación.**.**

1. La investigación del tinnitus ha tenido una gran expansión. Hace 20 años resultaba difícil encontrar investigadores que se ocuparan del tinnitus. Inicialmente, cuando empezó a considerarse un problema digno de estudio, se investigó meramente desde el punto de vista otorrinolaringólogo (oído, nariz y garganta). El número de estudios y de investigadores ha crecido notablemente desde aquellos inicios, como ilustran los centenares de participantes en esta conferencia con especialidades tales como neurología, otorrinolaringología, audiología, fisioterapia, psicología, genética, epidemiología, ingenieria clínica y otro. Aunque todavía se acusa una falta de financiación, a pesar de que está aumentando. Y lo más importante, existe la convicción de que

el tinnitus es un grave problema de salud pública que requiere atención de todos los implicados en la sanidad.

2. El futuro de la curación del tinnitus. He escuchado a varias personas decir: *Hace 10 años estábamos convencidos de que habría una curación en 5 ó 10 años. Ahora comprendemos que éramos muy optimistas.* El horizonte parece haber cambiado para frustración de los pacientes. Ahora resulta arriesgado predecir el tiempo para disponer de la curación, dado que los investigadores han sido muy cautelosos para realizar promesas que crean expectativas que luego no se cumplen. Aunque consideran que la curación para algún tipo o subgrupo de tinnitus puede llegar en poco tiempo, creen que necesitarán por lo menos 10 años para que haya curación para todos los subgrupos de tinnitus.

3. Cuanto más aprendemos, menos comprendemos. Fue a partir de 1990 que se aceptó el sonido del tinnitus se produce en el cerebro en lugar del oído. Recientes investigaciones señalan que no solo es el área del cerebro que procesa los sonidos (el córtex auditivo) que participa en la creación del sonido, sino que hay otras áreas del cerebro que tienen un funcionamiento anormal y que están implicadas en la creación del tinnitus y de sus consecuencias. Esto significa que la curación del tinnitus no es tan sencilla, que precisará explorar varias áreas del cerebro. Para complicar el problema, el tinnitus no es una enfermedad es solo un síntoma, que puede ser causado por una amplia variedad de factores e incluso por una combinación de varios factores, y para complicarlo un poco más el tinnitus se manifiesta de forma distinta de unas personas a otras en cuanto a la intensidad percibida y en lo referente a las molestias causadas. Todas estas consideraciones nos indican que aún hay mucho que aprender para curar el tinnitus. No obstante lo anterior, se detecta un espíritu optimista, ya que, paradójicamente, estas dificultades hacen más atractiva la investigación, sobre todo a jóvenes investigadores que inician sus actividades.

4. Muchas investigaciones, pero ¿cómo coordinarlas? Algunos investigadores trabajan en el desarrollo de terapias de curación y otros lo hacen tratando de comprender los mecanismos básicos del tinnitus. Uno de los ponentes de la reunión la Dra. Susan Shore pone de relieve la necesidad de que ambos grupos estén conectados como, por ejemplo, no iniciar estudios clínicos de un posible tratamiento sin comprender los conocimientos básicos relativos a los mecanismos del subgrupo de tinnitus que se estudia. Otros asistentes insisten en la necesidad de conectar la investigación en animales con la que utiliza modelos humanos. Finalmente, otros insisten en realizar el salto de estudios a pequeña escala en humanos a estudios con un gran número de sujetos. También hay investigadores que trabajan para medir el tinnitus, y que consideran esencial poder determinar objetivamente quién tiene tinnitus y medir la intensidad que percibe, y señalan que las investigaciones de tratamientos deberían tener en cuenta estas consideraciones, ya que sin poder medir objetivamente el tinnitus, establecer la eficacia de los tratamientos en estudio resulta poco fiable. Ciertamente, la investigación sobre el tinnitus aumenta constantemente, pero aún está muy fraccionado y escasamente coordinada.

5. Subtipos de tinnitus. Las complejidades explicadas también significan que la curación, cuando llegue (yo soy optimista y espero que llegue durante mi vida) no será un único tratamiento sino varios tratamientos para diferentes subtipos de tinnitus. Esto casi me parece un mantra después de haberlo escuchado de muchos de los investigadores presentes. ¿Pero cuál es exactamente la diferencia entre varios grupos de pacientes? ¿Establecemos categorías de acuerdo con la causa de su tinnitus, o según las molestias que le causa, o según el tipo de sonido que percibe, o según las consecuencias como depresión, ansiedad, insomnio, etc.? ¿Y dónde situamos exactamente la hiperacusia? Hay una gran discusión sobre estas cuestiones dado que son cruciales. Cabe pensar en ello, cuando se prueben futuros tratamientos del tinnitus necesitamos saber a que subgrupos del tinnitus nos estamos dirigiendo con objeto de que los tratamientos puedan ser eficaces.

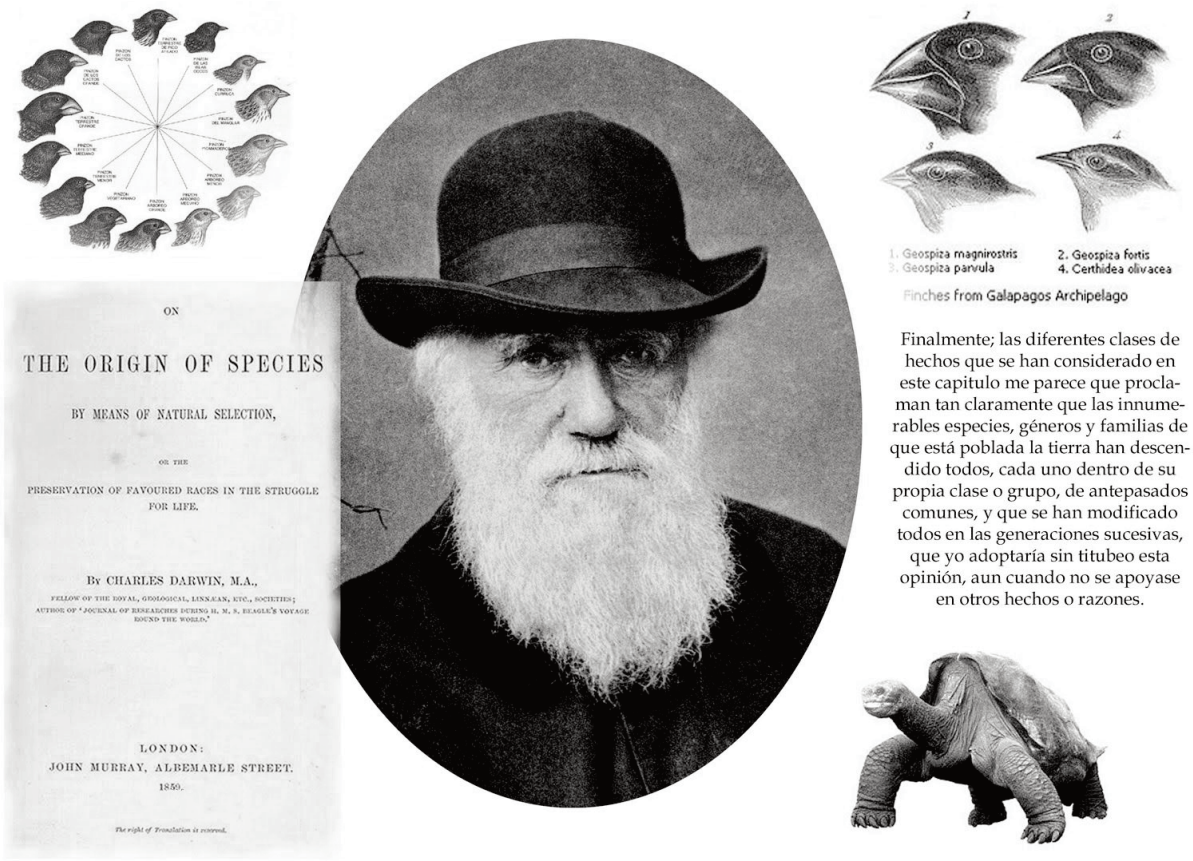
6. Los investigadores del tinnitus deben ser respetados. He escuchado en los últimos tiempos a pacientes que se quejan de los investigadores. ¿Por qué no han encontrado aún la curación? ¿Será que se preocupan más de sus carreras que de encontrar tratamientos eficaces? He escuchado a investigadores señalar que estaban en el encuentro para conocer las realizaciones de sus colegas, y que no pensaban en absoluto en su carrera. Además, la investigación del tinnitus no resulta tan atractiva como la del cáncer o la de las enfermedades

cardíacas. He escuchado a varios investigadores asegurar que han recibido críticas de su entorno profesional o familiar criticando por haber focalizado su actividad en el tinnitus. Teniendo en cuenta todo lo anterior cabe preguntarse porque todavía hay investigadores dedicados al tinnitus. La respuesta en muchos casos es obvia: el deseo de ayudar a los demás. Cada uno puede pensar lo que quiera, pero en mi opinión este es el motivo que mueve a todos estos investigadores.

7. Los inversores brillan por su ausencia. Algo que encontramos en falta en la conferencia fue la presencia de inversores, por ejemplo compañías farmacéuticas que pudieran llevar al mercado los resultados de las investigaciones. Esta actividad no pueden realizarla los investigadores por sí mismos, y creo que no hay que echar la culpa de esta ausencia a los organizadores. Se trata de un asunto que se parece a la historia del huevo y la gallina. Parece que hasta que la actividad de los investigadores no encuentre tratamientos para determinados subtipos de tinnitus bien definidos e identificados, y no disponga de una forma de medirlos objetivamente, resultará bastante difícil que haya inversores interesados en nuestro problema.

CHARLES R. DARWIN TENÍA ACÚFENOS

Charles Robert Darwin, nacido en 1809, fue un naturalista inglés, reconocido por ser el científico más influyente de los que plantearon la idea de la evolución biológica a través de la selección natural, justificándola en su obra ***El origen de las especies*** (1859) con numerosos ejemplos extraídos de la observación de la naturaleza.



Postuló que todas las especies de seres vivos han evolucionado con el tiempo a partir de un antepasado común mediante un proceso denominado selección natural. La evolución fue aceptada como un hecho por la comunidad científica y por buena parte del público en vida de Darwin, mientras que su teoría de la evolución mediante selección natural no fue considerada como la explicación primaria del proceso evolutivo hasta los años 1930. Actualmente constituye la base de la síntesis evolutiva moderna. Con sus modificaciones, los descubrimientos científicos de Darwin aún siguen siendo el acta fundacional de la biología como ciencia, puesto que constituyen una explicación lógica que unifica las observaciones sobre la diversidad de la vida.

LA FRUSTRACIÓN GENERADA POR EL ACÚFENO ACENTÚA SU CARÁCTER INTRUSIVO

Nicolas Dauman, Psicólogo Clínico, Universidad de Poitiers

El texto que sigue es una transcripción de un artículo publicado en la revista *Frontiers in Aging Neuroscience* en 2017, en la que varios miembros de France Acouphénes aportaron su testimonio sobre su experiencia cotidiana a causa de sus acúfenos. Presentamos en lo que sigue una traducción al español centrada en los resultados del estudio, con objeto de que estos testimonios sean conocidos por otros pacientes con acúfenos y que la experiencia de los participantes pueda ser útil a otras personas enfrentadas a idénticas dificultades cotidianas.

La hipótesis que nos propone este estudio, a partir del análisis comparado del testimonio de 12 participantes, no se limita a incluir exclusivamente los aspectos psicológicos y los somáticos de los acúfenos, sino que se propone integrar las consecuencias de los acúfenos en la perspectiva global de la experiencia individual.

Inicialmente, cabe destacar las diferencias en las molestias causadas por los acúfenos, no solo de un participante a otro (como se indica a menudo en la literatura científica), sino también en un mismo participante de un momento a otro del mismo día, y según distintos periodos de su vida. La intrusión de los acúfenos no es constante en el tiempo. Una oportunidad terapéutica se presenta a partir de esta variación que constatan y conocen muchos pacientes. Nuestra hipótesis es la siguiente:

La intrusión de los acúfenos varía en función de grado de frustración que siente la persona en el curso de sus interacciones con su entorno físico y social.

Esta hipótesis constituye una orientación general de las observaciones que se presentan. Cada una de estas observaciones permite ilustrar el papel de la frustración mediante ejemplos de circunstancias asociadas a una gran frustración por los acúfenos, y otros que testimonian una disminución de esta experiencia frustrante por conductas que puede aportan una satisfacción que se puede prolongar en el tiempo.

El objetivo de esta reseña es ayudar al lector a identificar las fuentes de frustración susceptibles de acentuar la intrusión de los acúfenos, ilustrándolas con testimonios de pacientes que sufren experiencias cotidianas similares a las suyas. En lo que sigue solo citamos algunos de los ejemplos del estudio original, suficientes para mostrar el importante papel de la frustración tal como nos hemos propuesto. Hemos seleccionado los testimonios que aportan información sobre el papel de la frustración en la intrusión de los acúfenos, de acuerdo con la hipótesis formulada anteriormente.

Resultados del estudio

Los acúfenos: una fuente de frustración crónica. La primera cuestión que en este estudio nos llama la atención es la variabilidad del trastorno ocasionado por los acúfenos, de un momento a otro de un mismo día y de un día a otro, para la totalidad de los testimonios. El análisis comparado de numerosas situaciones de variabilidad de la intrusión de los acúfenos nos obliga a considerar estos cambios desde el punto de vista de la frustración. **¿Qué significa el término frustración y como debe entenderse en su relación con los acúfenos?** La utilizamos para designar toda experiencia sufrida por la persona que trata de modificarla pero no lo consigue, en otros términos, una experiencia asociada a un deseo o a una finalidad que se encuentra obstaculizada y limitada por circunstancias externas. Dos ejemplos de frustración oídos a los testimonios;

1. La dificultad para comprender una conversación en grupo a causa del ruido. Se trata de una frustración de origen físico relacionada con la pérdida auditiva.
2. La incomprensión de los demás, hasta banalizar los acúfenos. Se trata en este caso de una frustración originada por las relaciones personales. Cuando los acúfenos son más intrusivos, según los testimonios, es más cierto que el término frustración se pueda aplicar a las circunstancias explicadas por los testimonios.

Vamos a ilustrar algunas de estas circunstancias en los testimonios recibidos con el fin de evidenciar la relación entre la intrusión y la frustración tanto física como social percibida por la persona. También nos parece interesante considerar esta relación entre la intrusión de los acúfenos y la frustración en el sentido inverso al planteado inicialmente.

La tolerancia a los acúfenos, es decir su menor intrusión en su percepción, puede ser cultivada realizando actividades gratificantes que no presentan obstáculos o que se puedan salvar fácilmente si los presentan. Algunos testimonios indican que los pueden olvidar, que no piensan en ellos lo que equivale a no oírlos cuando están realizando estas actividades.

Pérdida de la autonomía corporal

La presencia constante de los acúfenos es una fuente de interferencias con la vida cotidiana, sean actividades corrientes, como concentrarse en el trabajo, o sean actividades que requieren una atención constante, como participar en una conversación con varios interlocutores. Esta interferencia constante es la primera de las fuentes de frustración inducida por los acúfenos.

Distinguiremos dos aspectos en la conducta de la persona frente a la pérdida de autonomía corporal, que puede ser muy importante según manifiestan algunos testimonios: el esfuerzo por contener la invasión auditiva y el mantenimiento de las capacidades físicas, por razón de la vulnerabilidad producida por los acúfenos.

Contener la invasión auditiva

En función del entorno sonoro en el que se encuentra la persona, la presencia de los acúfenos es más o menos fácil de ignorar. El *esfuerzo para contenerlos* puede variar muchísimo, según que la situación permita un cierto control sobre lo que suceda alrededor de la persona. Esta constatación es más evidente en las personas que presentan pérdida auditiva, para los que un entorno muy ruidoso con mucha gente constituye una fuente de incapacidad para tratar la información auditiva, y por tanto una fuente de frustración que refuerza la intrusión de los acúfenos. Para otros, un entorno silencioso no permite olvidarse de los acúfenos tan fácilmente como cuando se escucha una música o una transmisión radiofónica. En definitiva, el esfuerzo para contener los acúfenos parece relacionado con las características del entorno sonoro, especialmente cuando la persona puede actuar sobre dicho entorno. Este punto es ilustrado por el testimonio siguiente. Se trata de un hombre de 62 años, que tiene acúfenos desde los 46 años, que ha encontrado en la utilización de una pequeña radio alrededor del cuello, la forma más apropiada para reducir la interferencia de los acúfenos sobre su actividad cotidiana. Destaca la importancia del control que ejerce sobre lo que oye a su alrededor.

Mi mujer siempre me dice: No comprendo porque llevas la radio alrededor del cuello y porque no te pones un casco. No, no me conviene el casco, ya que los sonidos que escucho no me interesan siempre. Es una herramienta que puedo tomar o dejar cuando yo quiera.

Al contrario de este control de la persona sobre su entorno sonoro, el nivel de intrusión de los acúfenos puede ser descrito como más insoportable en las situaciones en las que la persona no tiene el control de las situaciones en las que se encuentra. En la medida en la que la persona no puede controlar su entorno, resulta particularmente vulnerable a las circunstancias externas y a la conducta de los demás. Lo mismo ocurre cuando la situación parecía que iba a ser agradable, y se descubre que el entorno sonoro será más duro de lo que se había previsto. Tener que estar en un entorno poco conveniente por sus recursos físicos es una fuente de frustración para la persona, que puede repercutir en la intrusión de los acúfenos, como señala una señora de 75 años que hace 12 años que tiene acúfenos:

Comprendo rápidamente cuando una reunión social será ruidosa, y cuando dependo de otra persona para dejar la reunión y volver a mi casa es muy desagradable, y entonces trato de aislarme esperando que la reunión se termine. Esto es muy desagradable para mí, y pienso ¿Pero cuando se va a terminar? Y en este tiempo le aseguro que mis acúfenos son más fuertes.

Prevenir la fatiga

La fatiga que significa una atención continuada a la intrusión de los acúfenos, así como el conjunto de acciones para contenerla, como protegerse de los ruidos exteriores, son una fuente de debilidad y de laxación para la persona. Parece imprudente despreciar el riesgo que la fatiga acumulada influya negativamente en la tolerancia a la nocividad de los acúfenos. Esta es la razón por la que la moderación del ritmo de vida y la evitación de los posibles excesos (salidas, consumo de alcohol, etc.) requiere una vigilancia particular sobre las mismas. Los esfuerzos para soportar la presencia de los acúfenos, que deben realizarse todos los días, hacen indispensable mantenerse en forma física. La salud de los afectados toma una importancia particular, ya que condiciona la forma física que debe mantenerse. En primer lugar hay que asegurarse que se podrán afrontar los acúfenos a lo largo de toda la jornada. La perspectiva de un tiempo de calma o de descanso, o bien de un tiempo para uno mismo, ayuda a soportar los momentos de crisis en los que la persona tiene el sentimiento de que no podrá superarlo.

La importancia de la moderación en la participación social se basa en la experiencia de una disminución de la intrusión de los acúfenos, si el ritmo de vida es conforme a las capacidades físicas de la persona. Esto implica tener un conocimiento lúcido de sus capacidades, con objeto de no despreciar el impacto de los acúfenos sobre los recursos físicos, como lo explica el testimonio de una mujer de 60 años con acúfenos desde hace 12 años:

Tengo uno o dos días de actividad, y al cabo de los dos días el acúfeno es muy fuerte, y me parece que no lo soportaré. Mi cerebro trabaja para compensarlo, me parece, para no ocuparme del acúfeno, pero llega un momento en que no lo consigo. Ahora ya conozco la situación, funciono al ralentí, hago pausas, reduzco los contactos, etc., pero antes me agotaba y me deprimía. Estas son las limitaciones que me he impuesto para soportar el acúfeno.

Las dificultades que comporta una acumulación de la fatiga son particularmente sensibles en el caso de las actividades profesionales. A los esfuerzos para contener la intrusión de los acúfenos se añaden, inevitablemente, los esfuerzos para concentrarse, responder a los objetivos del trabajo, atender las relaciones profesionales, etc. No debe despreciarse el riesgo de agotamiento físico cuando la exigencia profesional y el hándicap inducido por los acúfenos (especialmente cuando hay, además, pérdida auditiva), acaba superando los recursos físicos de la persona.

La frustración de no poder realizar las actividades habituales como antes de que apareciera el acúfeno, puede hacer que aumente la intrusión de los acúfenos que interfieren con el curso normal de la vida. La lucha que pueden llevar a cabo algunas personas contra los acúfenos en un contexto profesional, se ilustra en el testimonio que sigue.

Cuando los acúfenos están en un nivel muy elevado, efectivamente, concentrándome en lo que hago en el trabajo o haciendo bricolaje, llego a olvidarlos. Pero llega un momento en el que no tengo la energía necesaria y al final del día pienso que hoy no he hecho gran cosa, en cambio sí que he hecho algo: he luchado para que este parásito, que aparece en las 24 horas del día, me permitiera realizar otras cosas distintas que ocuparme de él. Testimonio de un hombre de 57 años, cuyos acúfenos aparecieron hace 32 años.

Una falta de perspectiva sobre la experiencia que constituyen los acúfenos

La segunda causa de frustración en los testimonios de los participantes es una falta de perspectiva y de comprensión sobre el cambio originado por la aparición de acúfenos. Su percepción no encuentra una explicación satisfactoria durante mucho tiempo, es decir, sin una explicación conducente a una acción curativa, como un tratamiento para afrontar el trastorno que constituyen los acúfenos. *Pasa el tiempo, y el sentimiento dominante es de un decalaje entre la gravedad inmediata percibida por los participantes y las escasas o nulas intervenciones y/o recomendaciones propuestas por los profesionales de la salud.*

La espera de una consulta durante meses, que se une a la decepción de una ausencia de respuesta, alimenta el sentido de frustración: *no hemos hecho nada,* cuando era necesario hacer algo. Las respuestas que se proponen sobre un plan científico no son siempre factibles (y sobre todo raramente al inicio) en la práctica para los pacientes que sufren. Esta falta de perspectiva sobre la experiencia de los acúfenos puede traducirse en dos conductas distintas observadas en los testimonios: una intensa necesidad de comprender los mecanismos que producen los acúfenos y una dolorosa resolución a soportar la ausencia de tratamiento por un tiempo indeterminado.

Entender los mecanismos de los acúfenos

La búsqueda de explicaciones es un aspecto característico de la conducta adoptada en los primeros tiempos después de la aparición de los acúfenos. Esta búsqueda parece inducida, por una parte por la falta de explicaciones dadas por los profesionales visitados y, por otra parte, por la decisión de conocer toda solución potencial que permita conocer la causa y desarrollar un tratamiento. Es así que se multiplican las consultas para determinar una serie de características corporales para eliminar causas posibles de los acúfenos: exámenes neurológicos, audioprotésicos, odontológicos, osteopáticos, etc.

A medida que pasa el tiempo la ausencia de respuesta aumenta la frustración de pensar que se trata de un problema que no va tener solución y que no se puede definir. La convicción de que se ha producido un cambio anormal contrasta con la ausencia de certezas en cuanto a la razón de este cambio, que resulta indefinido y difícil de identificar.

A esta dificultad esencial concerniente a las posibles causas de los acúfenos se une una segunda fuente de frustración: la de sufrir las variaciones de la intensidad o de la intrusión de los acúfenos, sin conocer la razón de las mismas. El testimonio que sigue, una mujer de 79 años que tiene acúfenos hace 6 años, ilustra este sentimiento de encontrarse sin recursos frente a un cambio imprevisible.

Varía siempre. Verdaderamente es extraño. Un día es más fuerte, y al siguiente lo es menos, lo malo es que no sabe nunca como va a ser. Aunque sé rápidamente si mis acúfenos serán fuertes durante el día. Hoy se pueden soportar, pero ayer fueron insoportables. Y puede que mañana sean más fuertes como si tuviera que pagarlo por haber tenido hoy un poco de calma.

Las explicaciones científicas sobre la ausencia de gravedad de la presencia de los acúfenos tienen un efecto involuntariamente paradójico. Constituyen un alivio importante a las inquietudes de tener una patología peligrosa que pueda poner en peligro la propia existencia, sin embargo este alivio se acompaña de un sentimiento de encontrarse solo ante el hándicap para la vida cotidiana que son los acúfenos.

La variabilidad de la intensidad percibida de un día a otro, constituye un tema escasamente afrontado en la consulta. Los profesionales recomiendan ante todo no prestarle atención, con el fin de no perderse en preocupaciones insolubles sobre un problema que no se puede controlar. Pero la presencia de acúfenos cuya variabilidad parece misteriosa, es más intrigante que indiferente para la persona. Sin explicación cien-

tífica sobre esta variabilidad, una acción de autoobservación del paciente se puede realizar con el fin de identificarla lo mejor posible y hacerle frente. El testimonio de un hombre de 61 años que tiene acúfenos hace 13 años ilustra esta búsqueda de información de una experiencia que resulta de difícil comprensión.

Hace algún tiempo yo hacía unas tablas con el programa Excel con mi presión arterial, la intensidad de mis emociones y la intensidad de mis acúfenos. Recogía totas las informaciones disponibles, como si yo fuera paciente y observador al mismo tiempo, para tratar de comprender lo que me pasaba.

Soportar la inexistencia de tratamiento inmediato

En relación a las acciones a realizar en el momento de aparición de los acúfenos, en el que los puntos de vista de los afectados y de los profesionales consultados presentan mayores diferencias. Para esos últimos comprobar la ausencia en la mayor parte de los casos de una patología causante del acúfeno es un paso importante en la investigación médica. Lo peor parece estar descartado desde este punto de vista y en ausencia de patología lo principal está salvaguardado: la vida del paciente no corre peligro alguno y no hay riesgo de que las cosas se degraden. Pero desde el punto de vista del que sufre, por el contrario, lo esencial es incierto.

¿Cómo soportar vivir con una intrusión de esta naturaleza todas las horas y todos los días? ¿A qué tipo de conducta o de habituación de la que hablan los profesionales? *Hay que habituarse* es sin duda una de las frases más escuchadas según nos explican los participantes en el estudio, como consecuencia de sus consultas a los profesionales de la salud. En ausencia de explicaciones prácticas, este discurso no siempre entendido, tiene más posibilidades de suscitar la cólera y el desánimo en la persona que sufre el acúfeno.

Al principio, a menudo he escuchado el discurso: No se preocupe señora, usted se habituará. Esto no es grave, va a mejorar. Usted llegará a vivir con el acúfeno (de cualquier forma deberá vivir con él) y por ello usted se habituará ya desde ahora mismo. Cuando la única cosa que yo quería era perder de vista los acúfenos, no podía comprender este discurso … Aunque estos profesionales tenían razón, yo pensaba que me tomaban el pelo. Lo que me decían me resultaba tan desagradable como el propio acúfeno. Mujer de 75 años cuyo acúfeno apareció hace 13 años.

Perseverar ante la adversidad aparecida

El hecho de que los acúfenos sean invisibles contribuye en gran manera a una falta de comprensión por las personas del entorno del afectado. Es la fuente de frustración que aparece en tercer lugar en los testimonios de los participantes en el estudio. Es determinante en la importancia de una independencia del espíritu que se debe cultivar a lo largo del tiempo, para favorecer una tolerancia progresiva a los acúfenos.

Esta falta de comprensión de las personas del entorno es corriente ante los problemas auditivos que raramente son tenidos en cuenta por los interlocutores en las relaciones sociales. Esta cuestión hace particularmente sensible la calidad de las interacciones con el entorno al experimentar la intrusión de los acúfenos. Si existen conductas poco respetuosas con el sufrimiento asociado a los acúfenos, el problema parece residir en el hecho de que los que no tienen acúfenos no pueden verdaderamente entender que se trata de un problema permanente 24 horas al día.

Es la razón por la que la indignación hacia la falta de comprensión de los demás, con el tiempo se transforma en una atención más sostenida a las actividades propias que satisfacen. Describiremos en lo que sigue dos conductas características de la perseverancia de los participantes en el estudio frente a la adversidad representada por el acúfeno: la experiencia de vivir con una fragilidad que es invisible a los ojos de los demás y la exploración de actividades gratificantes de fácil realización e independientes del juicio de los demás.

Vivir con una fragilidad invisible

La mención de los acúfenos en las interacciones sociales suscita reacciones que van desde la indiferencia a la banalización, pasando por la incredulidad y la incomodidad de los otros. Es la razón por la que esta mención finalmente parece inútil siendo fuente de tensiones, en particular frente a los más cercanos que saben de esta fragilidad invisible. La dificultad proviene de la imposibilidad de ayudar de los demás más que de la incomprensión del problema de la persona que tiene acúfenos. Evocar constantemente sobre lo que nadie puede solucionar es una fuente de frustración para las dos partes: el que sufre los acúfenos y los que podrían ayudarle. Por tanto, el curso habitual de las relaciones sociales no está exento de dificultades para los participantes en el estudio, ya que la conducta de las personas del entorno no facilita los esfuerzos para spportar la intrusión de los acúfenos. Este punto se ilustra claramente en el testimonio siguiente.

Nos es que las personas de la familia no se lo crean, es que ellos no tienen acúfenos y no saben de los que estás hablando. Tengo una hija que ha comprendido perfectamente que tengo un problema, aunque a veces no le resulta fácil tenerlo en cuenta. Pero la otra hija no ha entendido nado. No se da cuenta que no es necesario hacer tanto ruido. Parece que no es que ella no se dé cuenta, es que ella lo olvida. Pienso que el problema es que los demás olvidan que el acúfeno es permanente, y nosotros en cambio no lo podemos olvidar. Mujer de 63 años, con acúfenos desde hace 9 años.

La falta de comprensión de este sufrimiento conduce a los afectados a renunciar a explicar su problema a los demás. Centrarse en uno mismo, aunque sea una actitud adoptada contraria a sus deseos, es fruto de las experiencias adquiridas por las actitudes de los demás. Esta actitud conduce a limitar la vida social. Limita también las explicaciones que con frecuencia son poco comprendidas tanto sobre el acúfeno como sobre los ruidos inherentes a las interacciones sociales.

Como consecuencia de todo ello es necesaria una independencia de espíritu para no estar constantemente pensando en su mala suerte, para poder participar en la vida social a pesar de los esfuerzos que ello requiere. Como indica el testimonio siguiente, pasa a menudo que estos esfuerzos no son perceptibles.

Al principio cuando yo empecé a tener acúfenos, los demás me decían: Tú te escuchas demasiado, deja ya de escucharte. Te preocupas por nada, yo también tengo acúfenos, etc. Comprendí que no podía hablar demasiado porque no me comprendían. Los demás me veían como una persona que exageraba mi problema. Como un hipocondríaco… Las únicas veces en las que hablo de mis acúfenos es cuando estoy agotado, para no hundirme. Hombre de 56 años que vive con acúfeno desde los 48 años.

Realizar actividades gratificantes

Es una observación frecuente en la experiencia de los participantes en el estudio, que puede conducir al fracaso o, por el contrario, a un aumento de la esperanza en la lucha contra la intrusión de los acúfenos. Se trata de la sensación experimentada por todos los afectados consistente en la reaparición de la percepción de los acúfenos en el momento en el que una actividad absorbente se interrumpe o se termina. El retorno inmediato de la intrusión hace vanos, inicialmente, los esfuerzos realizados para distraerse de la presencia de los acúfenos. Si es preciso en todo momento ocupar el pensamiento en otra cosa distinta de los acúfenos, estos esfuerzos parecen, en efecto, desproporcionados y sin verdaderos resultados. El testimonio que sigue ilustra esta situación.

El trabajo manual es el que me resulta más efectivo. Incluso en silencio llego a olvidarme de los acúfenos. Cuando me concentro sobre lo que hago, tratando de que mi trabajo sea perfecto, yo no oigo los acúfenos. Pero cuando dejo de concentrarme y de prestar atención a lo que estaba haciendo los

acúfenos vuelven. Desde que dejo de concentrarme los acúfenos aumentan in crescendo y al cabo de 5 minutos los percibo más fuertes. Testimonio de un hombre de 56 años que hace 9 años que tiene acúfenos.

La situación expuesta en este testimonio se debe no solamente al hecho de que una vez terminada la actividad gratificante la percepción de los acúfenos aumenta, sino que se debe también al hecho de verificar que es imposible experimentar que los acúfenos ya no suenan. Esta ausencia, como indica el testimonio, es el efecto de una implicación total en una actividad que absorbe totalmente su atención, y que parece agobiar a muchas personas con acúfenos cuando esperan que los acúfenos desaparezcan. Esta situación ilustra particularmente la frustración inherente a los acúfenos: no es posible no percibirlos, lo que viene a ser el deseo más ansiado del que los sufre. Si se tiene en cuenta esta imposibilidad de percibir los acúfenos, un primer alivio y un aumento de la esperanza para el futuro, se manifiesta en la experiencia individual por desconocimiento del tema, como se manifiesta con lucidez en el testimonio de una mujer de 63 años que tiene acúfenos desde hace 13 años:

Un día me dí cuenta que no los había percibido durante un momento. Me pareció fantástico, ya que significaba que yo había llegado a no percibirlos permanentemente, aunque ahora pienso que es a causa de que los he percibido de nuevo que yo haya creido que antes no los percibía. No sé en qué orden esto ocurre exactamente, pero si usted lo piensa usted lo entenderá, no es un misterio.

Es esto lo que valora las actividades que la persona realiza por sí misma y para su propio placer, ya que el estado del espíritu que caracteriza estas actividades gratificantes es una implicación total de la persona en lo que realiza, lo que no deja lugar a las preocupaciones y a las frustraciones, que en muchas casos no faltan además de los acúfenos. Nótese que estas actividades están motivadas por la búsqueda de placer, lo que las hace importantes para la persona. Pueden ser ir a nadar, escuchar música, oasear, leer, teatro, cine, etc. Su punto en común es que se ajustan a las capacidades y a los gustos de la persona con acúfenos, que las pueden realizar sin tener que salvar obstáculos insalvables. Una satisfacción está siempre asociada a la realización de algo, así que siempre es posible obtenerla cuando el deseo de la misma aparece. Pior todos estos motivos, estas actividades son cultivadas espontáneamente por los participantes en el estudio que han sabido desarrollar una tolerancia progresiva a sus acúfenos.

Discusión

Los testimonios transcritos muestran una actitud de moderación por parte de los pacientes, frente a las fuentes de frustación que aparecen en el curso habitual de su vida. Evitar una acumulación de fatiga y un exceso en la conducta individual, como alcohol, salidas, actividades ruidosas, etc. parecen condiciones importantes para mantener los recursos físicos necesarios para tolerar los acúfenos.

Esta prudencia en la aceptación de los sucesos externos a la persona, debe acompañarse de la implicación de la persona en las actividades que realiza, sea por ella misma sea en contacto con otros, con el propósito de obtener satisfacciones que compensen, en parte por lo menos, la experiencia desagradable de los acúfenos.

Cada profesional puede contribuir a modular la frustración inducida por los acúfenos, sea sobre un plano auditivo y funcional, sea sobre otros planos: corporal, emocional, personal. El conjunto de decisiones tomadas encuentra su orientación en la experiencia individual del paciente que sufre. Es evidente que la presencia del acúfeno no ayuda en nada a soportar las frustraciones que cada uno puede experimentar en su vida cotidiana ajenas al acúfeno, más bien cabe señalar que es un factor que las agrava. El lector de estos testimonios comprenderá sin duda que los que no tienen acúfenos juegan un papel esencial en la tolerancia de la intrusión generada por los acúfenos.

Una pregunta que nos ha sido formulada se refiere a la duración de la visita al profesional de la persona sumergida en la intrusión de los acúfenos. **Dado que los acúfenos una vez aparecidos se perciben continuamente y por un tiempo indeterminado, un encuentro con un profesional de la salud que no exceda de la duración habitual de una consulta médica tiene muchas posibilidades de aparecer con insuficiente a los ojos del paciente. Por el contrario, los profesionales que consagran un tiempo considerable y muestran una implicación tienen muchas posibilidades de transmitir una esperanza al paciente que ha solicitado su ayuda.**

Estas reflexiones sobre la acción de los profesionales de la salud se encuentran en todos los testimonios. Se trata de un recurso al alcance de los profesionales, y también de las personas del entorno del paciente, no solo cuando aparece el acúfeno sino también a lo largo del período en el que el afectado trata de hacer frente a la intrusión de los acúfenos.

Desde este punto vista, el hecho de que l*os otros* no tienen acúfenos puede ser una suerte para los que los tienen, ya que permite mantener al afectado en contacto con sus interacciones sociales y con el curso de los acontecimientos en los que cada uno se sumerge para olvidar su frustración y su sufrimiento.

Es destacable que una simple conversación digna de interés llegue a *hacer salir al paciente del sufrimiento e invasión de los acúfenos*. Las palabras intercambiadas no pueden *cubrir los acúfenos*, pero al tener una conversación interesante el afectado ha podido olvidar unos instantes sus preocupaciones inmediatas para conocer otros aspectos de la realidad distintos de los que conoce por sí mismo.

Este alejamiento de la experiencia inmediata parece importante para alejarse de la intrusión de los acúfenos. Lo encontramos en la implicación en actividades sociales o asociativas, y en la realización de proyectos profesionales o de desafíos personales que no tienen nada que ver con los acúfenos.

Si los acúfenos están asociados fuertemente a la frustración como hemos tratado de explicar en este resumen, queda por explicar que la elección de las actividades que permitirán el alejamiento de la percepción de los acúfenos dependerá exclusivamente de las preferencias y aptitudes de cada uno. Los participantes en el estudio que ponen en práctica estas experiencias son conscientes de que deben cultivar este estado de su espíritu sin dejar de tener en cuenta los límites impuestos por los acúfenos, por razón de la fatiga que conllevan.

La tolerancia que cultivan estos participantes reposa sobre un equilibrio entre dos actitudes extremas: una búsqueda de distracciones de cualquier naturaleza y una preocupación constante por los acúfenos. Estas dos actitudes conducen a un olvido del sufrimiento cuando están en contacto con otros, y en la puesta en práctica de las actividades y de los proyectos que hacen que la existencia de cada uno, a pesar de todo, sea digna de ser vivida.

CURSO DE MINDFULNESS

Mindfulness es un estado de atención al momento presente en el que se pueden percibir claramente los pensamientos, las sensaciones físicas, las emociones y los acontecimientos en el momento en que ocurren, sin reaccionar automáticamente o de forma habitual. De esta manera conseguimos poder **hacer más elecciones en la forma de responder a las cosas y a los hechos**, y tener así **una vida más satisfactoria,** incluso, en circunstancias difíciles. El curso incluye 6 sesiones de 2 horas de duración, lo que obliga a los participantes a realizar 6 desplazamientos. En curso está limitado a 12 personas, y para seleccionar a los participantes hemos enviado la información del curso a todos los socios residentes en la provincia de Barcelona que utilizan correo electrónico. Se trata de una prueba que, según sean los resultados, podremos ampliar a todos los socios que lo deseen sea cual sea su lugar de residencia, ya que es posible realizarla de forma no presencial mediante Skype o similar.

¿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.

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: atencion@acufenos.org

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:

19

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