



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 * jims@es.inter.net * www.acufenos.org

SUMARIO

1. Memoria de las actividades desarrolladas en el año 2021 1
2. Cambios en la percepción del tinnitus debidos a la pandemia de Covid-19 3
4. Covid-19, vacunas y acúfenos: un caso particular 4
5. Neurotransmisores 5
6. Depresión 9
7. Un antidepresivo que no figura en nuestros listados 12
8. ¿Está pensando en comprar audífonos para aliviar su acúfeno? 13
9. Cuestionarios para la evaluación del estrés psicológico causado por los acúfenos 14
10. Chris Martin tiene acúfenos 15
11. Tomar con frecuencia analgésicos que se venden sin receta médica puede ser causa de empeoramiento del tinnitus 16
12. Acúfenos e insomnio 17
13. Jornadas de actualización en el abordaje y tratamiento de los acúfenos 18
14. Noticia de la terapia Lenire 19

MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL AÑO 2021

Junta Directiva. Voluntarios

La presente memoria describe las actividades realizadas por la Asociación en el año 2021, organizadas por la Junta Directiva de la entidad en colaboración con voluntarios identificados con los objetivos de la Asociación. Las actividades habituales se han visto alteradas por la situación sanitaria que hemos vivido en el pasado año, y que seguimos viviendo actualmente. APAT cuenta en Barcelona con los psicólogos Josep Ribas, Elisenda Más, Benet Solans y Sergi Barcons que dirigen los grupos de ayuda terapéutica, y atienden a todas las personas que se dirigen a nuestra Asociación. En el año 2021 la atención a las personas con acúfenos que acuden a APAT, habitualmente de forma presencial, se ha realizado en parte por vía telemática y en parte en forma presencial.

Contamos con la colaboración de la psicóloga Isabel María Ruiz que ejerce en Valencia, y del psicólogo Antoni Jiménez que ejerce en Palma de Mallorca. El Dr. Joan Domènech, otorrinolaringólogo, colabora con APAT.

Situación económica de la Asociación

En el año 2021 hemos contado con las cuotas abonadas por los socios (20,00 € anuales) y algunas donaciones de empresas y particulares, en cuantía suficiente para desarrollar nuestras actividades de Atención, Información y Ayuda a las Personas Afectadas por Acúfenos y/o Hiperacusia. Por todo ello la situación económica de APAT es buena y no requiere aportaciones adicionales.

Teléfono de atención. Correo electrónico. Atención personal.

Nuestro teléfono de atención, 699067743, sigue atendiendo e informando a todos los afectados que nos llaman. Hemos continuado con nuestra actividad de atender todas las consultas recibidas tanto por correo postal como electrónico, y a través del correo de la web, lo que constituye un importante referente para los afectados por acúfenos de habla española, ya que las consultas proceden de toda España, de Latinoamérica e incluso de Estados Unidos. La atención personal realizada ha sido muy reducida, ya que en algunos períodos del año no pudimos reunirnos en nuestro local, debido a las restricciones impuestas por la situación sanitaria. Para compensar hemos sustituido la atención presencial por la vía telemática. En conjunto, entre atención presencial, teléfono y correos postal y electrónico hemos atendido a 277 personas a lo largo del año 2021.

Página Web

Actualizamos el contenido de la página web con frecuencia, incorporando habitualmente la revista trimestral APAT. La web está a cargo del socio Sr. Gonzalo Ureña de Ontinyent, que ha sido el artífice de la renovación de sus contenidos. El Foro de APAT lo gestiona el socio Sr. Andreu Liétor de Barcelona.

Revista informativa APAT

En el año 2021 hemos publicado las revistas trimestrales números 60, 61, 62 y 63 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 explica el interés despertado entre los afectados de toda España y de Latinoamérica.

Grupo de ayuda mutua

En la parte del año 2021 que ha sido posible hemos seguido teniendo reuniones presenciales de grupo todos los primeros y terceros miércoles de cada mes. Cuando no ha sido posible las hemos sustituido por reuniones y consultas personales vía telemática.

Terapia sonora

En junio de 2021 el Sr. Carlos Alós Alcalde, psicólogo y audiólogo, nos propuso realizar terapias sonoras específicas para cada uno de los socios que quisieran participar. Estas terapias tienen la ventaja de que no requieren fármacos, no son invasivas y se pueden realizar en el domicilio, aunque requieren acudir a APAT periódicamente (cada 4 ó 5 semanas) para realizar el seguimiento mediante diferentes pruebas. Por este motivo, y dado que la terapia tiene una duración indeterminada, pero no inferior a un año, inicialmente convocamos por e.mail a los socios residentes en la provincia de Barcelona, con la intención de informar de los resultados finales a todos los socios. Hasta la fecha se han inscrito 15 socios, aunque ha habido 2 bajas y los resultados parciales muestran algunas mejoras que nos animan a continuar. Iremos informando de ello a todos los socios por los medios habituales. Como parte de la terapia sonora organizamos 3 reuniones en las que el Sr. Alós disertó sobre el oído humano, su funcionamiento y su evolución; qué son y qué se sabe de los acúfenos; y las terapias disponibles en la práctica, entre las cuales las sonoras.

Conferencias temáticas

En 2021 no hemos convocado ninguna conferencia temática.

Relaciones con la Autoridades Sanitarias

En esta cuestión no ha habido avance alguno.

Contactos con otras Asociaciones

Tenemos un contacto muy cordial y fluido con ATINNEUS que agrupa afectados del País Vasco y con AMAT radicada en Madrid. Formamos parte de EUTi (Asociación de Asociaciones Europeas de Afectados por Acúfenos). Tenemos relación con France Acouphènes, y estamos sucritos a Tinnitus Today, órgano de ATA American Tinnitus Association. Accedemos regularmente a las webs de distintas asociaciones para estar al corriente de las novedades en relación a nuestro síndrome: British Tinnitus Association, Victoria Association, etc.

CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL TINNITUS DEBIDOS A LA PANDEMIA DE COVID-19

Distintos investigadores de USA, India, Reino Unido, Bélgica, Países Bajos y Suecia, encabezados por el Dr. Eldré W. Beukes han realizado un estudio para determinar como afecta la pandemia de Covid-19 a personas con tinnitus en cuanto a la intensidad y severidad de su percepción. Transcribimos lo que se ha publicado al respecto.

Introducción

Es sabido que la pandemia de Covid-19 ha tenido y sigue teniendo un impacto negativo en la salud de las personas, en la actividad económica y en las interacciones sociales, y por ello estimamos necesario identificar y ayudar a quienes han sido los más afectados, siendo el propósito de este estudio determinar el impacto de la pandemia en personas con tinnitus e identificar los factores que contribuyen a tal impacto.

Método

Se trata de un estudio que utiliza datos recogidos via online de 3.103 personas con tinnitus residentes en 48 países, de los cuales el 49 % son norteamericanos y el 47 % europeos.

Resultados

Aunque el estudio se refería a personas que tenían tinnitus antes de la pandemia, 7 participantes reportaron que su tinnitus se había iniciado durante la pandemia. Los síntomas de Covid-19 agravaron el tinnitus en el 40 % de los participantes, no observaron cambios el 54 %, y el 6 % restante reportó que su tinnitus se había suavizado. Otros factores a tener en cuenta, como las consecuencias emocionales y en las relaciones sociales, se agravaron para el 32 % de los participantes, en particular para mujeres y jóvenes; para el 67 % no tuvieron efecto alguno, y para el 1 % mejoraron. El tinnitus fue exacerbado en personas solitarias, con problemas de insomnio y que no practicaban ejercicio físico. Depresión, ansiedad, irritabilidad, e incluso dificultades económicas contribuyeron significativamente a hacer más severo el tinnitus.

Conclusiones

Estos resultados tienen implicaciones en la gestión del tinnitus, ya que ponen de relieve las distintas respuestas a causa de factores internos y externos en los niveles del tinnitus. Los servicios hospitalarios deben

tener en cuenta que el tinnitus puede haber sido causado por el Covid-19 en personas que no lo tenían, y puede haber sido agravado en personas que lo tenían antes de la pandemia, aunque destacamos que en la mayoría de los participantes (54 %) sufrir el Covid-19 no afectó a su tinnitus. Los servicios sanitarios deberán tener cuidados adicionales cuando la severidad del tinnitus aumente por problemas de salud, sociales y/o emocionales originados por el Covid-19. Deberán tener en cuenta que en estos casos el tinnitus será más severo para los solitarios y para los que tienen pocas interacciones sociales y se encuentran ansiosos o deprimidos.

En sus conclusiones los autores hacen una llamada a los servicios hospitalarios para que tengan en cuenta los efectos específicos de la pandemia en personas con tinnitus. En países como el nuestro en los que la sanidad pública está escasamente implicada en tratar a las personas con tinnitus, no parece que esta llamada vaya a tener un respuesta efectiva para los que tenemos tinnitus, y ojalá nos equivoquemos en este juicio.

COVID-19, VACUNAS Y ACÚFENOS: UN CASO PARTICULAR

Hola, buenos días.

Leo en la revista de APAT que hay muchas personas con acúfenos interesados en conocer como podría afectar el Covid-19 a sus acúfenos, y también saber si las vacunas que se utilizan actualmente para prevenirlo pueden tener efectos tóxicos agravando los acúfenos e incluso afectando la capacidad auditiva. El objeto de este correo es explicar mi pequeña experiencia sobre el particular, y aunque me consta que un caso particular no tiene valor científico alguno, puede ser útil a otras personas.

Tengo 79 años, estoy jubilado, y tengo acúfenos desde hace 11 años, son muy variables en cuanto a intensidad de un día para otro, sin que haya podido descubrir la causa o las causas que producen tales variaciones. Los llevo bastante bien, salvo los días en los que la intensidad está en su punto más alto.

En octubre de 2020 tuve Covid-19, por suerte no tuve que ir al hospital ni tomar fármaco alguno, y lo pasé confinado en mi domicilio el tiempo que me recomendaron. El Covid-19 no me afectó en absoluto ni en mis acúfenos ni en mi capacidad auditiva. En abril de 2021 recibí las dos dosis de la vacuna Pfizer separadas un tiempo de 21 días; y ninguna de estas dos dosis tuvo efecto alguno ni en mis acúfenos ni en mi audición. Atendiendo a las recomendaciones de las autoridades sanitarias, a finales de noviembre de 2021 acudí a mi centro sanitario para recibir la tercera dosis, que en esta ocasión fue la de la marca Moderna. Al día siguiente amanecí con el acúfeno muy intenso, lo que me asustó mucho, ya que no empezó a reducirse hasta pasados dos días. Finalmente al cuarto día después de la vacunación el acúfeno volvió a la "normalidad", y en cuanto a la audición no observé consecuencia negativa alguna.

Me dice un facultativo que el efecto de la vacuna, como el de muchos fármacos, es transitorio, dado que no se produce un daño permanente en las estructuras que constituyen el sistema auditivo, y cuando el fármaco, la vacuna en este caso, es eliminado por el cuerpo, cosa que tarde o temprano acaba ocurriendo, sus efectos tóxicos desaparecen.

Esta es la experiencia que quería transmitirles. Pido perdón, si algún profesional de la medicina lee estas líneas, por la terminología médica que he empleado sin tener formación para ello. Muchas gracias por su atención. Aprovecho la ocasión para darles las gracias por el trabajo que hacen para ayudar a los que tenemos acúfenos.

Juan María

NEUROTRANSMISORES

Como se ha explicado reiteradamente, la mayoría de investigadores coinciden en que el tinnitus es consecuencia de un funcionamiento anómalo del cerebro, con frecuencia funcionando en tándem con las células ciliares localizadas en el oído interno. Para comprender mejor como tiene lugar tal funcionamiento anómalo del cerebro, puede ser útil conocer, aunque sea de forma elemental, cómo funcionan las neuronas (células nerviosas) y qué puede alterar su funcionamiento.

Dependiendo de la severidad del tinnitus y de la capacidad del paciente para manejarlo, el otorrino puede haber prescrito algunos fármacos de forma temporal. Normalmente el objetivo de los fármacos utilizados para tratar el tinnitus son los neurotransmisores. Comprender el papel de los neurotransmisores ayuda al paciente a ser más proactivo en su tratamiento, ayudando a ser consciente de lo que ocurre en su cerebro y en su cuerpo cuando los neurotransmisores están influenciados por determinados fármacos y por determinadas sustancias, los alimentos entre ellas.

El cuerpo y el cerebro están en constante comunicación, enviando mensajes en ambos sentidos, que son recibidos, interpretados y transformados en acciones. El cerebro recibe los estímulos que recogen los sentidos: vista, oído, tacto, olfato, etc. y comunica a distintas partes del cuerpo las reacciones a adoptar ante los estímulos recibidos. Estas comunicaciones viajan de neurona a neurona constituyendo el tejido nervioso. La conexión de dos neuronas contiguas que recibe el nombre de sinapsis, tiene lugar gracias a los neurotransmisores presentes en la sangre. Piénsese que las sinapsis son un puente invisible a través del cual viajan las comunicaciones hasta alcanzar su objetivo. Las transmisiones de estas señales pueden ser influenciadas por la naturaleza de los neurotransmisores presentes, pudiendo ser “frenada” en su viaje, lo que conocemos por inhibición, y lo contrario, pueden ser “acelerada” lo que conocemos por excitación.

Los neurotransmisores son elementos químicos que permiten que las señales viajen a través de las sinapsis (el puente imaginario) hasta su destino. Los neurotransmisores inhibidores crean una sensación de relajación y calma; y los excitantes estimulan las funciones del cerebro. Cuando el nivel de uno o de varios neurotransmisores no es el ideal, puede ser un exceso o un defecto del nivel ideal, puede dar lugar en una alteración de las funciones del cerebro y/o del cuerpo. La relación entre el cerebro y el cuerpo es muy compleja, y los neurotransmisores tienen un papel destacado en esta relación. Así, un problema que se inicia en el oído puede terminar con un trastorno en el cerebro. En el cerebro hay del orden de 100 neurotransmisores, aunque solo unos pocos tienen influencia en el tinnitus, siendo los más importantes el ácido gamma-butírico (GAMMA), la dopamina, la serotonina y el glutamato. Hay otros neurotransmisores que contribuyen a modificar la intensidad con la que se percibe el tinnitus, pero su investigación está en sus etapas iniciales. Por ahora, vamos a centrarnos en los neurotransmisores que han sido estudiados con mayor profundidad en cuanto a su influencia en el tinnitus.

GABA (ácido gamma-butírico) es el neurotransmisor más abundante en el cerebro, siendo el más inhibitorio y relajante. Si los niveles de GABA son normales tiene lugar una reducción del estrés, la ansiedad y el nerviosismo. El GABA bloquea los impulsos nerviosos asociados a la ansiedad procedentes de los centros motores del cerebro. Todas estas acciones tienen lugar uniéndose a determinados receptores existentes en el cerebro, que son los mismos a los que van dirigidos los fármacos denominados benzodiazepinas que son fármacos con acción sobre el sistema nervioso central. Suelen prescribirse para combatir la ansiedad. Uno muy común es el alprazolam (xanax) prescrito con frecuencia para reducir la ansiedad que acompaña al tinnitus.

La importancia de disponer de suficiente GABA se ha demostrado estudiando los niveles de los distintos neurotransmisores en la sangre que riega el cerebro. En cuanto al GABA existe una correlación entre la severidad del tinnitus y un nivel significativo de GABA en el cortex auditivo (área del cerebro que procesa los sonidos). Asimismo el GABA protege a la cóclea de ototoxicidad y aumenta la motilidad de las células ciliares.

Los suplementos de GABA que se venden sin receta son muy populares como una ayuda para dormir. Aunque algunos de estos suplementos pueden no llegar al cerebro ya que no pueden cruzar la barrera hematoencefálica, son eficaces para muchas personas para inducir relajación y reducir la ansiedad que con frecuencia acompaña al insomnio. Estos suplementos suelen ser económicos. Aunque se han vendido sin receta desde hace muchos años y parece que son seguros, la información que existe sobre sus posibles interacciones con fármacos que esté tomando el paciente es escasa. Las embarazadas y las que dan el pecho deben abstenerse de tomar suplementos de GABA.

La **dopamina** es el neurotransmisor que ayuda a monitorizar el metabolismo. Controla nuestra energía, contribuye a que tengamos nuevas ideas, y refuerza nuestra motivación cuando abordamos un proyecto que nos apasiona. Demasiada dopamina puede crear un estado maníaco, mientras que un déficit de dopamina da lugar a apatía y depresión. Aunque la dopamina se genera en unas pocas áreas del cerebro, sus receptores están ampliamente distribuidos en el propio cerebro. En el córtex frontal la dopamina está involucrada en funciones ejecutivas como la atención. Es frecuente que personas con tinnitus se quejen de sus dificultades para concentrarse; lo cual no solo es debido al ruido percibido continuamente ya que la deficiencia de dopamina es otro factor.

El tinnitus causa depresión con frecuencia, lo que a su vez puede causar que la persona se focalice excesivamente en su tinnitus. Se especula con que incrementando los niveles de dopamina se puede reducir la molestia ocasionada por la percepción del tinnitus. Desafortunadamente, utilizar suplementación excesiva de dopamina puede alterar a largo plazo la regulación natural de dopamina que realiza el propio cuerpo, lo que puede llevar a que la persona se vuelva apática. Por otra parte, para alguien con trastornos asociados a bajos niveles de dopamina, hiperactividad y déficit de atención por ejemplo, algunos estudios han puesto de relieve que el aumento de los niveles de dopamina puede ser una ayuda tanto a corto como a largo plazo. No obstante, la investigación para establecer qué niveles de dopamina hay que alcanzar mediante suplementación y su duración es escasa.

Así como la dopamina es conocida como el neurotransmisor que nos hace sentir bien. Como alternativa a los fármacos una excelente forma de incrementar la dopamina es hacer ejercicio. Muchas personas con tinnitus afirman sentirse mejor después de hacer ejercicio, sea correr, ir en bicicleta o en el gimnasio. Otra forma de aumentar la dopamina sin recurrir a fármacos es la meditación como el *mindfulness*. Ejercicio y meditación aumentan la actividad de las ondas alfa, lo que a su vez aumenta la dopamina y la serotonina.

El neurotransmisor **serotonina** es inhibitorio, y ayuda a mantener el buen humor y es responsable de contrarrestar los neurotransmisores excitantes. La serotonina se produce en el tracto digestivo en el que se genera el 90 % y en el cerebro.

Muchas personas conocen la existencia de los fármacos ISRS inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que constituyen un grupo terapéutico de fármacos antidepresivos que bloquean la absorción de serotonina por el cerebro, lo que significa que el paciente dispone de más serotonina en sangre lo que influye inhibiendo la comunicación entre neuronas o células nerviosas. Mayor cantidad de serotonina da lugar a relajación y buen humor. Si la persona está ansiosa es posible que su nivel de serotonina sea bajo lo que afecta a su sensación de bienestar. Dado que la ansiedad es un factor agravante de la percepción del tinnitus, es preciso hacer cuanto se pueda para evitar o limitar la ansiedad, lo que le ayudará a evitar pensamientos catastróficos en relación al tinnitus. Dos ejemplos de tales pensamientos pueden ser: *mi vida ha quedado arruinada por el tinnitus y no puedo vivir con este ruido*. Se trata de pensamientos que aparecen al inicio de percibir un tinnitus intrusivo, pero que podrán ser superados con la ayuda de profesionales.

Distintos facultativos han observado que existe una relación entre la severidad percibida del tinnitus y la baja concentración de serotonina, aunque no nos consta que exista algún estudio que confirme esta relación de forma estadísticamente significativa.

La serotonina está sintetizada por determinadas neuronas a partir del aminoácido triptófano, que se encuentra en la composición de las proteínas alimenticias. Tiene un papel importante en la coagulación de la sangre, la aparición del sueño y la sensibilidad a las migrañas. Es precursora de la melatonina, hormona que produce el propio cuerpo humano y que regula el ciclo del sueño. Las concentraciones elevadas de serotonina corresponden a estados de calma, autocontrol, estabilidad del humor y sociabilidad. Las concentraciones bajas comportan hiperactividad, agresividad, impulsividad, irritabilidad, insomnio, ansiedad y depresión, y distorsiones perceptivas como el tinnitus y la hiperacusia, y distorsiones cognitivas sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro.

En la sangre, la serotonina debería situarse entre 40 y 400 mg/ml en hombres y un poco más en mujeres. Se mide mediante un análisis de sangre, aunque conviene saber que los resultados que se obtengan pueden ser solo orientativos, ya que la concentración de serotonina en la sangre que circula por el cerebro puede ser menor que la obtenida en un análisis de sangre extraída de cualquier parte del cuerpo. Ello es debido a la existencia de la llamada barrera hematoencefálica existente alrededor del cerebro que impide que muchas sustancias, tóxicas o no, la atraviesen protegiendo con ello al cerebro y permitiendo el paso de oxígeno y de nutrientes, y puede ser que la serotonina no atravesase totalmente dicha barrera.

Dando por sentado que la serotonina influye en la percepción del tinnitus, interesa conocer qué provoca un descenso de su concentración: la ansiedad, el alcohol, el tabaco, las sustancias psicoactivas y una alimentación inadecuada; y qué da lugar a un aumento de su concentración: la relajación (natural o inducida), el ejercicio físico y una alimentación rica en triptófano. Existen alimentos ricos en triptófano tanto de origen animal como vegetal:

- Carne (sobre todo pavo y pollo) y pescado azul (salmón, atún).
- Huevos, sobre todo en la yema.
- Lácteos.
- Plátano, piña, aguacate y ciruela. Berros, espinacas, remolacha, zanahoria, apio, alfalfa, brócoli, dátiles.
- Frutos secos (almendras, nueces, pistachos). También aportan cantidades interesantes de magnesio y omega-3.
- Chocolate negro.
- Cereales (en especial integrales, arroz y avena). Aumentan la secreción de insulina que favorece la transformación de triptófano en serotonina.
- Semillas (sésamo, calabaza, girasol).
- Legumbres (garbanzos, lentejas, habas, soja...) que además aportan B1, B3, B6, B9 y magnesio.
- Levadura de cerveza.

Existen complementos de triptófano disponibles en farmacia, pero su ingestión debe ser aconsejada por el médico ya que pueden dar lugar a interacciones farmacológicas perjudiciales con otros fármacos que el paciente esté tomando.

Para aumentar la concentración de serotonina con objeto de reducir la percepción del tinnitus interesa practicar todo lo que reduzca la hiperactividad cerebral: relajación (respiración diafragmática, relajación progresiva, autohipnosis, *mindfulness*); incrementar el ejercicio físico; alimentación rica en triptófano; alimentación con alimentos naturales evitando todo lo que se pueda los procesados; y en algunos casos, y con consejo médico, farmacología.

En cuanto al grupo de fármacos ISRS citados anteriormente, deben ser prescritos por el médico, ya que la automedicación puede dar lugar a interacciones farmacológicas nocivas con otros fármacos que pueda estar tomando el paciente, e incluso su abuso puede dar lugar a ototoxicidad en algunos casos.

El **glutamato** es el neurotransmisor más excitante del sistema nervioso central. Su función en las sinapsis

es muy importante y además tiene un papel importante en la plasticidad cerebral. El problema con el glutamato es que podemos tener una concentración excesiva. Cuando los niveles de glutamato exceden los niveles que el cuerpo puede manejar, además de acelerar las transmisiones nerviosas pueden dar lugar a daños en las neuronas e incluso su muerte, salvo que la concentración de GABA sea suficiente para compensar el exceso de glutamato.



Los glutamatos son las sales del ácido glutámico, siendo el monosódico MSG el más habitual, utilizado como potenciador del sabor en muchos de los alimentos procesados que actualmente forman parte de nuestra dieta. En nuestra lengua tenemos receptores que perciben el glutamato, y por ello nuestro gusto además de los sabores conocidos: dulce, salado, etc. detecta el *umami* o sabor del glutamato, término utilizado por su descubridor que significa: sabor placentero. Los fabricantes de estos alimentos procesados lo utilizan para mejorar el sabor de sus productos y conseguir así aumentar sus ventas. Es un compuesto descubierto en Japón y utilizado en todo el mundo, sobre todo en las cocinas orientales, aunque en los últimos años lo utilizan también las cocinas occidentales. Para evitar consumir GMS

en exceso es imperativo consumir productos orgánicos y dejar de consumir alimentos procesados. Antes de comprar cualquier producto procesado (salsas, galletas, alimentos congelados y comida chatarra) hay que leer las etiquetas, y si tiene glutamato monosódico GMS pensarlo dos veces antes de comprarlo. En ocasiones etiquetan al GMS de otra manera, como: la proteína texturizada, el alimento para levadura, el concentrado de proteína de soja, la gelatina o el nutriente de levadura.

Hay una controversia alrededor de la seguridad de la adición del MSG en los alimentos procesados que adquirimos. La FDA (*Food and Drug Administration* de USA) lo clasifica como producto seguro, y la correspondiente agencia de la Unión Europea lo considera un aditivo autorizado hasta determinados límites. En algunos países hay agrupaciones de consumidores que se oponen a su utilización e incluso existen webs describiendo los efectos nocivos del exceso de MSG y de otros glutamatos.

Remitimos al lector a Apat63 páginas 7 y 8, en las que aparece una amplia descripción de este neurotransmisor excitante.

En resumen, nos interesa que las concentraciones de GABA, dopamina y serotonina se encuentren en sus niveles altos, en tanto que nos interesa controlar el exceso en la concentración de glutamato. Pero ¿cómo hacerlo? A lo largo de la presente información se exponen algunas recomendaciones basadas en la alimentación habitual, el ejercicio y la meditación. En cuanto al empleo de fármacos o de suplementos es indispensable la consulta al médico para evitar que puedan dar lugar a efectos secundarios nocivos e interacciones farmacológicas perjudiciales con otros fármacos que el paciente esté tomando

De todo lo expuesto parece deducirse que, si pudiéramos, deberíamos volver a la alimentación de nuestros abuelos o bisabuelos: productos que daba el campo y el ganado, y ausencia total de alimentos procesados. Sería un sacrificio, pero tal vez para los que tenemos tinnitus sería un sacrificio agradecido.

Nota relativa al glutamato. En la televisión catalana, y suponemos que en otras televisiones sean nacionales o autonómicas, un conocido fabricante de caldos y de zumos con instalaciones en Almería, anuncia que sus productos no llevan glutamato. Obviamente nos quiere llamar la atención sobre los alimentos procesados que llevan glutamato, que deben ser los de sus competidores.

DEPRESIÓN

Uno de los trastornos psicológicos derivados de los acúfenos es la depresión. No es el más frecuente, pero es el que peores consecuencias suele tener para el afectado.

Hemos recibido varias demandas de información de personas que tenían acúfenos desde hacía algún tiempo y que los podían soportar sin mayores problemas, y sin conocer la causa les habían empeorado provocándoles trastornos depresivos.

Transcribimos en lo que sigue algunas informaciones que explican como afrontar la depresión ocasionada por los acúfenos.

El trastorno depresivo provocado por los acúfenos, sus características, sus síntomas y sus implicaciones son idénticos a los que presenta cualquier trastorno depresivo, cualquiera que haya sido su origen y las consecuencias para el afectado y para los suyos son las mismas en todos los casos.

La depresión se define como una disminución de la actividad vital, que comporta un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sensaciones de desesperación y falta de motivación, y un estado emocional patológico que se caracteriza por sentimientos de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y falta de esperanza. De esta definición se desprende que la depresión es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al ánimo, a la manera de pensar, al sueño, a la alimentación y a la autoestima. No debe confundirse la depresión con un estado pasajero de tristeza; ya que es un estado del cual el afectado no puede librarse fácilmente, y que de no afrontarse con el tratamiento debido, sus síntomas pueden durar semanas, meses, e incluso años.

Evaluación del trastorno depresivo

Es necesario someter a la persona a una evaluación con el objeto de identificar su estado de tristeza que puede ser normal y obedecer a una reacción a determinadas situaciones que se presentan a lo largo de la vida, o por el contrario puede ser patológica lo que significa que la persona ha contraído una depresión. La evaluación se realiza mediante una entrevista personal que debe extenderse al afectado y a las personas que conviven con él; y si vive sólo con las personas que le conocen. El enfermo de depresión suele distorsionar la realidad y perder objetividad a causa de su enfermedad. Se realizan asimismo distintos test psicológicos para cuantificar en la medida de lo posible el grado de afectación.

Tipos de depresión

- **Depresión severa.** Consiste en una combinación de síntomas que producen una incapacidad severa para trabajar, estudiar, dormir, comer y experimentar placer.
- **Distimia.** Es un tipo de depresión de menor gravedad que incluye signos crónicos que incapacitan en menor grado, pero que interfieren en el funcionamiento y bienestar de la persona. La distimia puede alternarse con episodios depresivos severos, aunque una distimia prolongada no necesariamente conducirá a una depresión severa.
- **Trastorno bipolar.** Es menos frecuente que los otros dos trastornos depresivos y se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que comportan fases de euforia o de ánimo elevado (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Estos cambios del estado de ánimo suelen ser graduales, aunque hay algunos casos en los que son rápidos y muy dramáticos.

Causas de la depresión

- **Factores genéticos.** Hay mayor riesgo de padecer depresión cuando existe una historia familiar de de-

presión, sin embargo no es seguro que las personas con historia familiar de depresión vayan a contraer la enfermedad.

- Factores bioquímicos. La bioquímica cerebral juega un papel significativo. Las personas con depresión presentan desequilibrios en determinadas sustancias en el cerebro.
- Ambiente y otros factores de estrés: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos o un cambio significativo en la vida. El inicio de una depresión está asociado en ocasiones al inicio de una enfermedad física aguda o crónica.
- Rasgos de personalidad. Las personas que presentan determinadas características como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control ante las circunstancias y adversidades de la vida y tendencia a la preocupación excesiva, son más propensas a padecer depresión.



Síntomas de la depresión

La depresión se identifica por un estado de ánimo triste, ansioso o «vacío», persistentes sentimiento de desesperanza y pesimismo, sentimiento de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades con los que antes disfrutaba, incluyendo la actividad sexual; disminución de la energía, fatiga, agotamiento y sensación de estar en «cámara lenta», dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones; insomnio, despertar más temprano o dormir más de lo debido; pérdida de peso, de apetito o de ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumentar el peso; pensamientos de muerte y suicidio, inquietud, irritabilidad; síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

El papel de la familia en la depresión

La depresión afecta en primer lugar a quien la padece, pero alcanza también a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo. Para ayudar a una persona deprimida es muy importante informarse acerca de esta enfermedad y de su tratamiento. Sobrellevar junto a otra persona un episodio depresivo puede ser una experiencia difícil. Es muy difícil, prácticamente imposible, para una persona que nunca experimentó un trastorno depresivo conocer el grado de desvaloración, desamparo y desesperación en que se halla sumida la persona deprimida. No obstante lo anterior, el familiar o el amigo debe ofrecer a la persona deprimida empatía y comprensión, debe escuchar, informar y aconsejar sin juzgar. Simplemente, estar ahí a su lado, puede mejorar el curso de la enfermedad. Para apoyar a una persona que sufre depresión hay que expresarle su preocupación, reconocer el dolor de la persona depresiva y escuchar sin tratar de forzarla a que exteriorice sus sentimientos. No debe tomarse como algo personal si la persona deprimida permanece aislada y poco comunicativa. Ofrecer esperanza, recordarle que la depresión se puede tratar; y si la persona está bajo tratamiento médico controlar que toma lo que le han prescrito y recordarle que la medicación precisa de un tiempo para que haga su efecto.

Conviene asimismo reforzar positivamente a la persona deprimida debido a que, a menudo, se siente sin valor e insiste en sus propios fallos, fracasos y defectos. Se refuerza recordándole sus cualidades y sus capacidades y cuánto significa para usted. Hay que conseguir que la persona deprimida incremente sus actividades. Para ello hay que invitarla a hacerlo, pero sin «empujar» y sin esperar resultados en poco tiempo. También se le debe recordar sin insistencia la importancia del ejercicio y de una dieta sana.

Los familiares de las personas con trastorno depresivo deben saber que la depresión no es resultado de

un fallo en el carácter, que el enfermo no es una persona débil o un «vago» y que no es simplemente «pasar una mala época». Estos enfermos sufren enormemente y nunca ni en ninguna ocasión pretenden engañar a nadie y ni tan solo exagerar sus síntomas. No pueden hacer nada por evitarla, al igual que otra persona que no puede evitar sufrir de diabetes o de artritis.

Cuidar al cuidador

La persona que cuida a un enfermo de depresión debe tener en cuenta lo siguiente:

- Atender sus propias necesidades no representa en absoluta ser egoísta.
- Necesita salir, distraerse, relacionarse con los demás y no aislarse.
- Pedir ayuda, y si la ofrecen no dudar en aceptarla.
- Tener presente que el cuidador no puede con todo.
- La risa y la alegría son fundamentales para su bienestar y para la vida del enfermo.
- Si tiene la suerte de sentirse bien «en medio del temporal» no debe avergonzarse de ello.
- Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan.
- Cuidar a una persona depresiva puede ser la causa de una depresión.
- Observe sus síntomas y consulte a un especialista si tiene dudas.

Tratamiento farmacológico de la depresión

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias en el cerebro. Los fármacos antidepresivos actúan aumentando alguna de estas sustancias a través de distintos mecanismos de acción. Estos fármacos no provocan tolerancia ni dependencia. El tratamiento farmacológico, en todos los casos, deberá ser prescrito y controlado por el médico.

Tratamientos cognitivos

El denominado modelo cognitivo de Beck se basa en que las personas con tendencia a la depresión tienen esquemas y estructuras cognitivas que las predisponen a una visión negativa de sí mismas, su relación con el mundo y con respecto al futuro. Esta forma distorsionada de percibir la realidad determina los cambios de comportamiento y emocionales que comporta la depresión. Estos esquemas son representaciones de experiencias pasadas que están guardadas en la memoria y operan como filtros en el análisis de la información que están recibiendo.

Algunos ejemplos de distorsiones que muestran como la persona antepone los esquemas que representan experiencias guardadas en su memoria a la información que realmente está recibiendo:

- Nadie me quiere (generalización excesiva)
- Sé que se están riendo de mí (leer el pensamiento, personalización).
- Tengo tal problema y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución (pensamiento «todo o nada»).
- Nada me resultará bien en mi vida (tremendismo, generalización excesiva, adivinar el futuro).

La terapia a seguir consiste en detectar estos esquemas cognitivos erróneos y ponerlos de manifiesto, a base de enfrentarlos con la realidad para que el paciente se dé cuenta de su error. No se trata de convencer al paciente, ya que él lo tiene que entender y reconocer por sí solo y debe darse cuenta de sus distorsiones. Los objetivos de esta terapia son eliminar los síntomas y la prevención de las recaídas.

Tratamientos conductuales

Están dirigidas a aumentar el nivel de actividad del paciente. La inactividad es muy frecuente en el trastorno depresivo y es necesario invitar al paciente a que, poco a poco y de forma gradual, aumente el número

y la indepresivo y es necesario invitar al paciente a que, poco a poco y de forma gradual, aumente el número y la intensidad de las actividades diarias. Hay que marcarle objetivos que sean posibles, debido a que una vez que los haya alcanzado, su autoestima, que está muy deteriorada por la enfermedad, aumentará y con ella la sensación de que va controlando la situación.

El paciente no debe esperar a estar mejor para iniciar su actividad y cumplir objetivos, ya que esta sensación se experimentará pocas veces, debe esforzarse e incrementar gradualmente su nivel de actividad dentro de lo posible y en función de la evolución de la enfermedad.

Consideraciones finales

- La depresión es una enfermedad.
- Los síntomas son siempre los mismos y son independientes de las causas que los han originado. Es decir, el trastorno depresivo que puedan haber generado los acúfenos tiene las mismas características que el generado por cualquier otra causa.
- Una vez se haya establecido la enfermedad, ésta no desaparecerá aunque lo haga la causa que la originó.
- Es aconsejable que el tratamiento combine farmacología con técnicas cognitivas y conductuales.
- No medicarse no es ser más fuerte, es simplemente desconocer lo que es la depresión.



UN ANTIDEPRESIVO QUE NO FIGURA EN NUESTROS LISTADOS

Recibimos un correo de Verónica B. relativo a un antidepresivo que le han prescrito:

Buenas tardes. Acabo de empezar el tratamiento con zinozal 12,5 mg. Llevo 4 días y desde el primer día tengo unos acúfenos horribles durante las 24 horas del día. Quería saber si les han notificado muchos casos relacionando el zinosal (tianeptina) y los acúfenos, que no los incluye como efectos adversos pero que deberían de avisarlo. Gracias.

Verónica

Nuestra respuesta:

El zinosal (tianeptina sódica) es un antidepresivo que no aparece en el informe ACÚFENOS Y FÁRMACOS adjunto, lo que significa que cuando se hizo el informe (diciembre 2018) no había información ni en la ficha técnica del fármaco, ni en las bases de datos, ni se había comunicado su posible efecto ototóxico a la EMA *European Medicines Agency*.

Nuestro informe es de 2018. Lo revisamos cada 4 años, o sea que lo revisaremos a finales del presente 2022. Debe hablar con el médico que le ha recetado el fármaco para que lo cambie por otro antidepresivo. Sería deseable que el médico comunicara esta posible ototoxicidad a la agencia española correspondiente. Saludos.

APAT

Nos informan que este antidepresivo tiene muy poca utilización. Nos llama la atención que no dispongamos de información alguna sobre la posible ototoxicidad de este antidepresivo; desgraciadamente no es la primera vez que ocurre.

¿ESTÁ PENSANDO EN COMPRAR AUDÍFONOS PARA ALIVIAR SU ACÚFENO?

Audífono es el término utilizado para describir un aparato que se emplea para corregir la pérdida auditiva o sordera. Se puede encontrar en las tiendas de distintas marcas, en las cuales realizan una audiometría al cliente potencial en la que se refleja la pérdida auditiva en varias de las frecuencias audibles por el oído humano. Como consecuencia de los resultados de la audiometría recomiendan el modelo de audífono más apropiado para el cliente. En el mercado se encuentran muchos y muy variados tipos de audífonos, dependiendo de cómo se colocan en el oído, de como se regulan utilizando una app en el teléfono móvil, si son a pilas o si se cargan mediante un cargador conectado a la corriente eléctrica.

Algunas personas con acúfenos creen, sea por informaciones propias o sea debido a que en una tienda que venden audífonos les han dicho que aliviarán sus acúfenos, que les conviene adquirir audífonos con tal propósito aunque no tengan pérdida auditiva alguna. En estos casos no parece que los audífonos vayan a ser una solución para los acúfenos.

En el caso de las personas que tienen pérdida auditiva y acúfenos la utilización de audífonos está plenamente justificada para corregir la pérdida auditiva. El uso de audífonos enmascarará el sonido de los acúfenos, al percibir con mayor intensidad los ruidos del entorno, pero también es cierto que al quitarse los audífonos el ruido de los acúfenos regresará con toda su intensidad; es decir, habrán enmascarado los acúfenos pero no los habrán reducido.

Existe una terapia conocida como TRT *Tinnitus Retraining Therapy* (Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus) que utiliza generadores de sonido blanco (sonido que contiene todos los sonidos cuyas frecuencias puede percibir el oído humano) que el paciente debe escuchar durante un tiempo (mínimo seis meses) a intensidades cercanas a las de su tinnitus. Estos generadores también se ofrecen en las tiendas que venden audífonos y tienen forma y aspecto de audífonos. En tales tiendas disponen también de audífonos mixtos, que valen para corregir la pérdida auditiva y contienen el generador de sonido blanco en una misma pieza.

Sobre la TRT hemos publicado algunas informaciones, la más amplia en Apat46 página 2 y siguientes, en las que el Dr. Jastreboff, padre de la terapia, explica que consiste en dos acciones que son: 1. Asesoramiento terapéutico (*counselling*): intensivo, individualizado e interactivo; y 2. Terapia sonora mediante sonido blanco.

Las sesiones de asesoramiento terapéutico tienen como objetivo que el paciente reclasifique al tinnitus en una categoría de señales neutras. Durante las sesiones, el tinnitus es desmitificado y a los pacientes se les enseñan los mecanismos psicológicos del tinnitus y de la angustia que les causa, así como los mecanismos a través de los cuales se puede alcanzar la habituación al tinnitus. El segundo elemento de la TRT es la terapia sonora mediante el sonido blanco. Se trata de un sonido con una amplia franja de frecuencias que incluye todas las frecuencias perceptibles por el oído humano, que disminuye la diferencia entre el tinnitus percibido y la actividad neuronal de fondo. Y entonces, la fuerza de la activación de los sistemas nerviosos límbico y autónomo, que en el nivel conductual (terapéutico) está reflejada por una disminución de la molestia del tinnitus evocado, se reduce. A cambio, esto disminuye el refuerzo negativo en los arcos de reflejo condicionado y permite un bloqueo de la señal del tinnitus dentro de la parte subconsciente de las áreas. **Es decir, el uso del sonido blanco, si simultánea o previamente no ha habido sesiones de consejo terapéutico puede ser un ejercicio y un coste inútiles.**

Nos consta que algunas marcas de audífonos disponen de generadores de sonido blanco, sean individuales o sean mixtos (generan sonido blanco y son correctores de la pérdida auditiva), y los ofrecen a los clientes con el argumento de que permitirán habituarse al tinnitus y reducir la intensidad percibida, y en algunos casos se olvidan del consejo terapéutico.

Dado que los audífonos/generadores de sonido blanco, sean de cualquier tipo o de cualquier marca, cuestan un dineral que no parece justificado por el coste de producir el objeto que nos venden, hemos pensado

que debíamos advertir a los futuros clientes de generadores de sonido blanco que sin el consejo terapéutico tales generadores son perder el tiempo y tirar el dinero.

Para quien se proponga probar la TRT con un coste razonable es útil saber: 1. El consejo terapéutico en la TRT que recomienda el Dr. Jastreboff prácticamente coincide con una terapia cognitivo-conductual TCC ya que tienen muchos elementos comunes, pudiéndose realizar la TCC de la mano de un psicólogo, mejor si conoce su aplicación al tinnitus; y 2. Que el sonido blanco se puede descargar en internet y escucharlo desde el ordenador o mediante un MP3 u otro dispositivo similar. Nuestra asociación lo descargó y está a disposición de los socios que lo soliciten.

CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PSICOLÓGICO CAUSADO POR LOS ACÚFENOS

En la mayoría de las patologías, los facultativos disponen de cuestionarios cuyas respuestas por parte del paciente permiten evaluar de una forma suficientemente objetiva la gravedad de la patología, lo que es una información que suele ser útil para decidir el tratamiento a aplicar, y también para verificar la eficacia del tratamiento aplicado. En estos casos, los cuestionarios completan la información que el facultativo recibe al observar los síntomas de la patología en el paciente, cuando estos síntomas se pueden observar e incluso medir de forma objetiva.

También en el caso de los pacientes con acúfenos se dispone de varios cuestionarios que, una vez completados por el paciente, permiten conocer la afectación que los acúfenos producen en la vida del paciente. Constituyen la única información que puede recibir el facultativo, ya que los acúfenos no presentan síntomas que se puedan observar y medir, por lo que tales cuestionarios que clasifican la información que facilita el paciente son la única información de la que dispone el facultativo.

Uno de los cuestionarios más empleados es el Cuestionario del Acúfeno TQ que, como todos los demás cuestionarios disponibles, contiene un elevado número de preguntas, y por ello su cumplimentación es muy laborioso para el paciente, e incluso de difícil evaluación para el facultativo. Por ello, dos otorrinos alemanes prepararon una versión reducida de dicho cuestionario a la que denominan Cuestionario MiniTQ, que consta de 12 preguntas que debe responder el paciente y cuyo objetivo es medir el estrés psicológico causado por los acúfenos. Esta versión reducida tiene la misma eficacia que la versión inicial, lo que comprobaron verificando en 473 pacientes con acúfenos que los resultados obtenidos con ambas versiones del cuestionario fueron estadísticamente coincidentes.

Se trata de responder a 12 preguntas de la tabla que sigue según tres opciones puntuando cada una de ellas como se indica:

- que lo preguntado sea cierto siempre, puntuada con 2 puntos
- que sea cierto a veces, puntuada con 1 punto
- que no sea cierto, puntuada con 0 puntos

Se atribuye la puntuación indicada a cada una de las respuestas y la suma de las 12 respuestas a las cuestiones de la tabla, comparada con la escala siguiente permitirá establecer la gravedad de los acúfenos:

- Gravedad I (mínima): de 0 a 7 puntos.**
- Gravedad II (media): de 8 a 12 puntos.**
- Gravedad III (media alta): de 13 a 18 puntos.**
- Gravedad IV (alta): de 19 a 24 puntos.**

	Cierto	Parcialmente cierto	No es cierto
Soy consciente de los ruidos en los oídos desde el despertarme hasta el acostarme			
Por causa de los ruidos en los oídos tengo miedo de que algo grave esté pasando en mi cuerpo			
Si los ruidos en los oídos siguen, mi vida perderá el sentido			
Por causa de los ruidos en los oídos pierdo fácilmente la paciencia con mi familia y con mis amigos			
Tengo miedo de que los ruidos en los oídos puedan dañar mi salud corporal			
Debido a los ruidos en los oídos es más difícil relajarme			
A menudo los ruidos en los oídos son tan terribles que no puedo pasarlos por alto			
Por causa de los ruidos en los oídos necesito más tiempo para conciliar el sueño			
Debido a los ruidos en los oídos me pongo triste con más facilidad			
A menudo pienso que los ruidos en los oídos jamás cesarán			
Soy una víctima de los ruidos en los oídos			
Los ruidos afectan mi concentración			

CHRIS MARTIN TIENE ACÚFENOS

Christopher Anthony John «Chris» Martin (Exeter, Devon, Gran Bretaña; 2 de marzo de 1977) es un cantante, músico, compositor, productor discográfico inglés; cofundador y líder de la banda británica Coldplay. Es conocido además por su activismo en campañas a favor del comercio justo y por estar en contra del hambre en el mundo. Alcanzó la fama mundial con el lanzamiento del sencillo *Yellow* en el año 2000, una canción que también le valió a la banda su primera nominación al Premio Grammy por Mejor Canción de Rock. También obtuvieron aclamación de la crítica y varios elogios por sus álbumes subsiguientes, incluyendo *A Rush of Blood to the Head* y *Viva la Vida*, ganando un premio Brit por el primero y el premio Grammy por ambos.



Chris Martin tiene acúfenos, probablemente ocasionados por largas jornadas tocando rock y otros ritmos a gran intensidad. Sus acúfenos no le han impedido que su música sea conocida y apreciada por públicos de todo el mundo.

TOMAR CON FRECUENCIA ANALGÉSICOS QUE SE VENDEN SIN RECETA MÉDICA PUEDE SER CAUSA DE EMPEORAMIENTO DEL TINNITUS

Los analgésicos como aspirina, antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol son fármacos muy usados que se pueden obtener sin receta médica, y se cree que son seguros. Pero su uso frecuente, incluyendo cuando de forma inadvertida se toman en dosis superiores a las recomendadas para combatir los resfriados, pueden, potencialmente, ser la causa de daños como el tinnitus y/o la pérdida auditiva.

En un estudio realizado en el Brigham and Women's Hospital de Boston, Massachusetts, se investigó el uso frecuente de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), de paracetamol, de coxibs (inhibidores de la ciclooxigenasa 2, fármacos que presentan una eficacia similar a la de los AINEs en el tratamiento de la artrosis) y de aspirinas y su asociación con el riesgo de tener tinnitus.

El estudio, que formaba parte de un mayor estudio que examinaba los factores de riesgo de pérdida auditiva y de tinnitus, se basó en las respuestas de una encuesta realizada con la participación de 69.455 mujeres, mayores de 31 años. Las participantes respondieron a cuestiones referentes al período anterior a contraer el tinnitus sobre la utilización de los fármacos sin receta médica indicados, deduciéndose de sus respuestas los resultados más destacables siguientes:

- El uso frecuente (6 a 7 días por semana) de dosis moderadas de aspirina estaba asociado a un aumento del riesgo de tener tinnitus del 16 % entre las mujeres de menos de 60 años, pero tal riesgo no existía en mujeres de 60 años o más. Para ello agruparon las respuestas por edades en dos grupos: menores de 60 años y de 60 años o más, y observaron que en el primer grupo el porcentaje de las mujeres que habían desarrollado tinnitus superaba en el 16 % al porcentaje de las que lo habían desarrollado en la muestra entera (69.455), pero este porcentaje no se daba en el grupo de mujeres mayores de 60 años.
- El uso frecuente de dosis bajas de aspirina (< 100 mg) no elevaba el riesgo de tener tinnitus.
- El uso frecuente de antiinflamatorios no esteroideos o de paracetamol se asociaba a un aumento del riesgo de tener tinnitus del 20 %, porcentaje que aumenta cuanto mayor sea el uso de estos fármacos.
- El uso regular de los coxibs (2 o más días por semana) también se asociaba a un aumento del 20 % del riesgo de tener tinnitus.

Los autores señalan que la información sobre el tinnitus y los fármacos tomados por las participantes se dedujeron de las respuestas a la encuesta, lo que no permite establecer causalidad en cuanto al origen del tinnitus en las encuestadas. La población que respondió a la encuesta era principalmente de raza blanca y, como se ha dicho, la encuesta fue respondida exclusivamente por mujeres, por lo que es necesario ampliarla a personas de distintas etnias y a hombres.

En base a estos resultados, sería una información útil averiguar como la evitación de estos analgésicos puede aliviar la percepción del tinnitus. Los analgésicos descritos indudablemente son beneficiosos en cortos períodos, sin embargo su utilización frecuente por largos períodos incrementa el riesgo de tener tinnitus como se ha indicado y puede tener otros efectos adversos para la salud en general. Por ello, es importante tomar estos fármacos con precaución limitando su uso todo lo que se pueda, y seguir las indicaciones del médico para tomarlos e incluso para modificar la frecuencia o las dosis de su percepción.

Debemos señalar que los fármacos descritos anteriormente se venden sin receta en Estados Unidos, circunstancia que originó el estudio descrito. En España, los coxibs no se venden sin receta médica, y algunos AINEs tampoco se venden sin receta.

Referencia del artículo:

Curhan, S et al. Longitudinal Study of Analgesic Use and Risk of Incident Persistent Tinnitus. JGIM DOI: 10.1007/s11606-021-07349-5

ACÚFENOS E INSOMNIO

El problema del insomnio figura entre los más frecuentemente citados por las personas con acúfenos, las cuales, sobre todo al inicio de su afección, tienen verdaderas dificultades para dormir a causa del sonido constante que perciben. Algunos estudios han mostrado que los pacientes se quejan tanto de falta de eficacia como de falta de calidad de su sueño. La falta de eficacia se refiere a la escasa duración del sueño, y la falta de calidad hace referencia al excesivo tiempo que precisan para conciliar el sueño, tanto al inicio como en el caso de despertar durante la noche. Remitimos al lector a Apat62 páginas 17 y 18, en las que se exponen distintas recomendaciones a las personas con acúfenos para superar el insomnio.

El ciclo del sueño y los acúfenos

A lo largo de una noche normal, el sueño comporta varias etapas que van desde el sueño ligero hasta el sueño profundo, pudiendo haber varios despertares, el primero de los cuales a las pocas horas de haber iniciado el sueño. Al dormirse, las personas pasan por distintos ciclos de sueño, cada uno de los cuales dura entre 60 y 100 minutos y juega un papel distinto en muchos de los procesos que ocurren en el cuerpo durante el sueño. La primera etapa en cada ciclo consiste en un estado relajado en el que estamos entre dormidos y despiertos. La respiración se desacelera, los músculos se relajan y cae la frecuencia cardíaca. La segunda etapa se caracteriza por un sueño ligeramente más profundo.

Al envejecer, el sueño suele ser menos profundo, es decir más ligero y más fragmentado, y la persona a lo largo del día tiene tendencia a realizar una o más siestas. Es frecuente que, cómodamente sentada frente al televisor, la persona haga lo que conocemos como una cabezada, es decir un sueño de muy poca duración sin que se haya propuesto hacerlo.

Algunos testimonios recibidos frecuentemente de personas con acúfenos son: ***he percibido mi acúfeno con mayor intensidad al despertar de una siesta***; o bien: ***he sentido un aumento de mi acúfeno después de una cabezada viendo la televisión sentado en mi sillón***; y también: ***algunos días cuando me despierto percibo mayor intensidad en mi acúfeno que la que percibía el día anterior***. Estos testimonios describen variaciones de sus acúfenos percibidas inmediatamente a continuación de un episodio de sueño, y para los que no tenemos una respuesta concluyente que los explique.

Hemos leído en la revista de France Acouphènes que en un hospital de París se está haciendo un estudio cuyo objeto es descubrir las causas de estos aumentos de la intensidad de los acúfenos, y puede ser que, como resultado del mismo, podamos conocer su causa, lo que sería un avance importante para poder prevenir los aumentos de la intensidad con la que se percibe el acúfeno después de un episodio de sueño.

Estaremos atentos a los resultados que puedan conseguir, ya que conocer el mecanismo que produce estos aumentos de la intensidad del acúfeno, es el primer paso para tratar de corregirlos.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LOS ACÚFENOS

Hemos tenido noticia de la organización de unas jornadas en las que distintos profesionales se proponen debatir y poner en común conocimientos y experiencias en el abordaje y tratamiento de los acúfenos. Se trata de una buena noticia para los que tenemos acúfenos, ya que, además, está previsto poder conectarse vía *streaming* lo que permitirá a quien le interese, resida donde resida, conocer sin desplazarse lo que se explique en tales jornadas. En lo que sigue presentamos el programa de la primera de dichas jornadas.

I JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LOS ACÚFENOS

Jueves, 26.05.2022, 18,30 horas. Duración: 2 horas.

Sala de Actos de Centro Médico Teknon de Barcelona

Organiza: Unidad de Acúfenos del Centro Médico Teknon: Dra. Patricia Girauta, Dra. Jeanneth Zamora, Dra. Aurora Barreto, Dra. Ana Papapietro, Dr. Joan Vilas, Dr. Jordi Coromina.

PROGRAMA

1. Dr. Joan Doménech, Profesor Asociado Universidad de Barcelona: **Como abordar los Acúfenos. Mi protocolo de diagnóstico.**
2. Dr. Jordi Coromina, Dra. Patricia Girauta, Centro Médico Teknon: **Neuroestimulación bimodal: LENIRE: una nueva arma en el tratamiento de los acúfenos.**
3. Josep Ribas, Sergi Bracons, Anna Ramos, Gabinete Psicoacúfenos, Psicólogos de APAT Asociación de Pacientes Afectados por Tinnitus: **Abordaje y tratamiento psicológico de los acúfenos.**
4. Dra. Teresa Heitzmann, Clínica Universitaria de Navarra: **TRT *Tinnitus Retraining Therapy*: indicaciones y tratamiento.**
5. Fernando Ruiz. Fisioterapeuta. Profesor de Postgrado, Blanquerna-Universidad Ramon Llull; Director de la Clínica RESET: **Fisioterapia en el Tratamiento de los Acúfenos. Cuándo y cómo.**
6. Mesa Redonda para discusión y para contestar las preguntas de los asistentes.

INSCRIPCIONES: enviar mail a jordicoromina@telefonica.net

PATROCINADORES: Laboratorios Schwabe y Aural-Widex

NOTAS

Inscripción gratuita.

Posibilidad de conectarse vía *streaming*.

Se ofrecerá servicio de catering-cena a los asistentes, que estará disponible durante las conferencias, justo antes de la entrada en la Sala de Actos.

Aparcamiento en el parking del Centro Médico Teknon.

Nota para los asociados de APAT. Para realizar la conexión via *streaming* enviaremos el *link* y las instrucciones para conectarse a los asociados con los que nos comunicamos habitualmente por correo electrónico. Trataremos asimismo de informar a los asociados con los que nos comunicamos por correo postal, aunque es deseable que quien esté interesado y disponga de correo electrónico nos lo comunique a: jims@es.inter.net

NOTICIA DE LA TERAPIA LENIRE

La terapia LENIRE ha sido estudiada y puesto a punto por la firma Neuromod Devices Ltd. de Dublin (Irlanda). Hemos informado reiteradamente sobre esta terapia en Apat36 páginas 2 a 4, Apat53 páginas 5 y 6, Apat54 páginas 7 y 8, y Apat59 página 11, en las que explicamos que además de su aplicación en Dublin, la terapia se estaba aplicando en varios hospitales de Alemania y de otros países de la Unión Europea, lo que obligaba a quien decidiera someterse a dicha terapia a viajar en varias ocasiones a tales países.

Podemos informar que en un plazo muy breve la terapia podrá realizarse en España, ya que la firma irlandesa ha cerrado un acuerdo con una firma española. Como prueba de lo anterior, señalamos que en la primera de las Jornadas relativas al abordaje y tratamiento de los acúfenos que describimos en la página anterior se expondrá el tratamiento de los acúfenos mediante la terapia LENIRE.

Se trata de una terapia de estimulación bimodal mediante un impulso eléctrico que llega al cerebro a través de los nervios linguales y una estimulación sonora percibida mediante auriculares y constituida por sonidos diseñados específicamente para cada uno de los pacientes, atendiendo a las características de su acúfeno.



La efectividad de la terapia fue estudiada por Neuromod Devices en un estudio con 326 pacientes en fase 3, en el que, según nos explican, obtuvieron resultados positivos en el 86 % de los pacientes. Posteriormente en un hospital de Hannover (Alemania) se ha realizado un estudio sobre los resultados alcanzados en 20 pacientes atendidos en el hospital, que ha confirmado los resultados previos.

Cuando podamos informar detalladamente sobre la aplicación de LENIRE en España lo haremos por las vías habituales, aunque, una vez más, nuestros lectores deberán entender que se tratará de una información y no una recomendación.

¿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 quiere colaborar suscríbese y envíenos el boletín de inscripción adjunto debidamente relleno a:

APAT, C. Providència, 42, 08024 Barcelona.

Si lo prefiere puede enviarlo por correo electrónico a: jims@es.inter.net

Nombre y apellidos.....

Dirección

Código postalLocalidad

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

Correo electrónico.....

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

.....

.....a dede

Firma: