



Publicación trimestral editada por APAT Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus
Calle Providència, 42. Hotel de Entidades de Gràcia. 08024 Barcelona
Tel. 682 033 584 * apat@acufenos.org * www.acufenos.org

SUMARIO

1. Cambios en la composición de la Junta Directiva de APAT 1
2. Asamblea General Ordinaria de Socios de APAT 2
3. Una buena noticia. Hospital de la Cruz Roja. Córdoba 2
4. Reunión con Elisenda de la Torre del Comité de Evaluación, Innovación y Reforma Operativa del Sistema de Salud (CAIROS) en Cataluña..... 3
5. El grupo de Whats App de APAT 3
6. Acúfenos a raíz de una extracción de cera por jeringuilla de agua 4
7. Demoras infinitas en el SAS: Manuel S., que padece acúfenos, lleva casi 3 años esperando la cita con el especialista 5
8. Fármacos ototóxicos indicados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva 6
9. El acúfeno tu compañero de vida 6
10. Fármacos para tratar la depresión que pueden ser ototóxicos 7
11. Depresión 7
12. La esketamina administrada como spray nasal ofrece resultados esperanzadores en el tratamiento de la depresión resistente 11
13. Diez mitos sobre la depresión 12
14. Terapias sonoras y tinnitus 16
15. Un medicamento para tratar el tinnitus en estudio 19
16. George Harrison componente de The Beatles tenía acúfenos 19

CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE APAT

En la reunión de la Junta Directiva de la Asociación del pasado 12.03.2025 el Presidente José Ribas Fernández presentó su dimisión de dicho cargo por consejo médico, y se procedió a la elección de un nuevo Presidente y de un Vicepresidente, entre los componentes de la Junta Directiva, con carácter provisional hasta su ratificación por la Asamblea General que tendrá lugar el próximo mes de junio. En consecuencia, la composición actual de la Junta Directiva es:

José Cruañas Goldaraz, Presidente
Susana Alegre García, Vicepresidenta
Sergi Barcons Bover, Secretario
Joaquim Pérez Piera, Tesorero
Joaquim Amargós Tarruella, Vocal
Xavier Solé Barcelona, Vocal
Jaime Núñez Fontanet, Vocal
Miguel Gallardo Cabrerizo, Vocal
Carles Urpí Garriga, Vocal
Pere Orriols Plana, Vocal
Josep Boronat Domingo, Vocal

La Junta Directiva, en nombre de la Asociación, desea a nuestro amigo José Ribas Fernández que las causas que han motivado su dimisión por motivos de salud, se resuelvan satisfactoriamente en el menor tiempo posible.

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE SOCIOS DE APAT

Se convoca a los socios de APAT a la Asamblea General Ordinaria que tendrá lugar el día 19 de junio de 2025 a las 19,00 horas en el domicilio social: Calle Providencia, 42; Casal Civic de Gràcia, 08024 Barcelona, bajo el siguiente ORDEN DEL DÍA:

1. Lectura y aprobación en su caso del Acta de la Asamblea Anterior.
2. Memoria de las actividades realizadas en el año 2024.
3. Estudio y aprobación en su caso de los estados contables de la Asociación a 31.12.2024.
4. Estudio y aprobación en su caso del presupuesto de la Asociación para el año 2025.
5. Ratificación en su caso de la nueva composición de la Junta Directiva de la Entidad acordada el 12.03.2025.
6. Ruegos y preguntas.

La documentación relativa a los puntos anteriores estará a disposición de los socios en el domicilio social para su consulta a partir del día 4 de junio de 2025.

Barcelona a 3 de junio de 2025.

Por la Junta Directiva: José Cruañas Goldaraz, Presidente; Sergi Barcons Bover, Secretario

UNA BUENA NOTICIA. HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA. CÓRDOBA

En el Servicio de Urgencias del Hospital de la Cruz Roja de Córdoba atienden a las personas con acúfenos, según puede verse en el link: <https://youtube.com/watch?v=oe1xqusUhc8&feature=shared> en el que un otorrinolaringólogo perteneciente al Servicio de Urgencias del Hospital, explica como realizan esta atención.

No nos corresponde entrar en consideraciones sobre uno de los tratamientos que describen: la estimulación bimodal mediante una corriente eléctrica aplicada en la lengua acompañada de estimulación sonora mediante auriculares, en cambio nos alegra que podamos explicar que en un hospital español, suponemos que incorporado al Servicio Andaluz de Salud, se preocupen de atender a las personas con acúfenos que acuden a su Servicio de Urgencias.

REUNIÓN CON ELISENDA DE LA TORRE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN, INNOVACIÓN Y REFORMA OPERATIVA DEL SISTEMA DE SALUD (CAIROS) EN CATALUÑA

El pasado 13 de marzo, el Sr. José Cruañas y la Sra. Susana Alegre, se reunieron con la Sra. Elisenda de la Torre del Comité de Evaluación, Innovación y Reforma Operativa del Sistema de Salud (CAIROS) en Cataluña, con el objetivo de informarle del estado de desamparo en el que nos tiene la Sanidad Pública y presentar, entre otras, nuestras demandas de centros especializados y multidisciplinarios en el tratamiento del tinnitus (acúfenos).

En este primer contacto muy amablemente la Sra. Elisenda de la Torre escuchó nuestras peticiones y se sensibilizó por nuestra situación, lo que esperamos haga llegar donde sea necesario para que puedan emprenderse acciones concretas. Además, la Sra. Elisenda de la Torre nos sugirió diversos contactos y vías de actuación que podemos emprender y que, desde la Junta Directiva de APAT, agradecemos.

Esperemos que este sea un primer contacto de muchos otros y que lleguemos a consolidar una relación fluida que ayude a los afectados de tinnitus a conseguir un mejor trato en la Sanidad Pública.

Hemos realizado esta gestión ante los responsables de un organismo del Sistema de Sanidad Pública de Cataluña. Intentaremos realizar el mismo procedimiento en otras Comunidades Autónomas donde posiblemente existan organismos similares. Esperamos contar con la colaboración de los socios para realizar estas gestiones. Se trata de que la Sanidad Pública de nuestro país se entere de que hay personas cuya calidad de vida está seriamente comprometida por causa de su tinnitus.

Susana Alegre García

EL GRUPO DE WHATSAPP DE APAT

A finales de febrero pasado enviamos un correo a todos los socios con los que nos comunicamos por correo electrónico, invitándoles a formar parte de un grupo de WhatsApp, que puede ser útil para los que tenemos acúfenos. Reproducimos el referido mensaje en lo que sigue para información de los socios con los que nos comunicamos en papel, para que, si lo desean, puedan participar en el grupo.

Distinguido/a amigo/a: Le informamos sobre una iniciativa de APAT para mejorar la comunicación entre los miembros de nuestra Asociación. Hemos creado un grupo de WhatsApp para nuestros asociados, en el que podrá compartir experiencias, resolver dudas y recibir apoyo en temas relacionados con los acúfenos. Este espacio está diseñado para que todos podamos aprender de las experiencias de los demás y fortalecer la red de apoyo mutuo.

Si desea unirse al grupo de WhatsApp de APAT, solo debe hacer clic en el siguiente enlace:

<https://chat.whatsapp.com/DUXk2QEbVZ3DWRwWE265us>

Es un grupo en el que se tratarán exclusivamente temas sobre los acúfenos y se facilitará la comunicación directa entre los miembros de APAT. Le invitamos con esta iniciativa a participar activamente y a compartir sus inquietudes, sus experiencias, y sus consejos.

Estamos a su disposición para cualquier consulta. Esperamos contar con su presencia en el grupo y seguir trabajando juntos para mejorar la calidad de vida de todos los afectados por acúfenos.

Un cordial saludo.

APAT

ACÚFENOS A RAIZ DE UNA EXTRACCIÓN DE CERA POR JERINGUILLA DE AGUA

El pasado 26 de enero de 2025, Arrate escribió al e-mail de la Asociación ATINNEUS atinneus@yahoo.es:

Buenos días. Soy Arrate, socia de Atinneus (Asociación de Tinnitus de Euskadi). Siento la necesidad de comentaros lo siguiente, y estaría genial que se pudiera hacer difusión para que nos demos cuenta de qué expuesta está la ciudadanía, sin darse cuenta ni saber nada, ante un acto que parece trivial y cada día se realiza miles de veces.

Me refiero a que cuando tenemos un **tapón en el oído, lo más normal es que nos lo quiten en el ambulatorio con una jeringa de agua. GRAN ERROR**. Esta acción tiene sus riesgos; puede que de un millón le pase algo a una persona, no sé cuantificarlo, pero si te pasa prepárate. **Habría que informar al respecto a la gente y esa es mi razón de ser a la hora de escribiros.**

Os lo digo porque a mí me ocurrió eso mismo. Estaba perfectamente sana a los 39 años. Brevemente: me quité los tapones en el ambulatorio o centro de salud, a la noche me acosté normal y al despertarme esa misma noche toda mi cabeza y oídos estaban llenas de ruidos diversos, a lo bestia, como si de un enjambre de abejas se tratara. ¡Una locura! ¡Años **sobreviviendo**, buscando ayuda por todos lados! ¡Años sin poder estar con mi cabeza, sin poder dormir, sin poder llevar una vida algo digna! **¡ÚNICAMENTE SOBREVIVIR!** No sé qué pudo ser pero algo pasó en el centro de salud: mi intuición me dice que quizás **algo relacionado con la limpieza o higiene...** pero algo saltó.



Algo así puede ocurrir e imagino que otras cosas diferentes también. Esa lotería no se la deseo a nadie.

Más de un otorrino me ha dicho que los oídos no hay que limpiarlos con jeringa de agua. Ellos mismos no lo hacen así. El médico te dice que no es culpa de ellos, que quitan cientos de tapones y no pasa nada: VERDAD A MEDIAS.

ASÍ QUE OS AGRADECERÍA QUE HICIERÁIS LLEGAR ESTA INFORMACIÓN, PARA QUE SE ACTÚE EN CONSECUENCIA CON LA MISMA. SIEMPRE HE TENIDO EN MENTE HACER ALGO AL RESPECTO PARA QUE LA GENTE LO SUPIERA Y NO OCURRA NINGÚN CASO MÁS, PERO COMO NO SÉ UTILIZAR REDES SOCIALES NO HE HECHO NADA.

Muchas gracias por escucharme, un saludo y ánimo con la labor que hacéis. Os lo agradezco enormemente.

Arrate desde Navarra

El empleo de la microsucción para limpiar la cera de los oídos no representa el menor peligro. Véase en <https://www.earlab.com.au/>

Agradecemos a Arrate por compartir su caso y darlo a conocer. Por nuestra parte, lo compartiremos con las Asociaciones de Afectados de Acúfenos. También lo haremos llegar a otros canales importantes, como a Osakidetza, Centros de Salud Públicos, Sociedades de Otorrinolaringología, medios de comunicación,... etc.

Si a alguna persona más le ha pasado lo mismo, por favor escribenos a ATINNEUS: atinneus@yahoo.es. Es importante saber, cuantas personas afectadas hay por esta causa. Y si es por otra causa, también puedes contárnoslo. Gracias.

DEMORAS INFINITAS EN EL SAS: MANUEL S., QUE PÀDECE ACÚFENOS, LLEVA CASI TRES AÑOS ESPERANDO LA CITA CON EL ESPECIALISTA

Publicado en el periódico digital El Libre el 27.03.2025, cuyo autor fue Paco Nuñez. Puede verse en: <https://ellibre.es/demoras-infinitas-en-el-sas-manuel-salvador-que-padece-acufenos-lleva-casi-tres-anos-esperando-la-cita-con-el-especialista/>

Este paciente del Servicio Andaluz de Salud se contagió de covid hasta tres veces en los años de pandemia. Después de recuperarse de la segunda embestida, en 2022, surgieron acúfenos en sus oídos como secuela, por lo que fue al médico de familia, que le derivó al especialista. Ya estamos en marzo de 2025 y todavía no le han llamado para la consulta del otorrinolaringólogo.

El onubense afincado en Sevilla Manuel S., de 45 años de edad, fue de los pocos españoles que cogió el coronavirus hasta en tres ocasiones durante la pandemia. Tras superar el segundo contagio, le quedó un efecto secundario persistente: *«Cuando pasé la covid por segunda vez, en 2022, me quedó una secuela. Siento acúfenos (sensación auditiva que consiste en percibir sonidos que no proceden de fuentes externas, una especie de zumbido) en los oídos por las noches. Fui a mi médico de cabecera, en el centro de salud de Alcalá del Río (Sevilla), y me dijo que me iba a derivar al especialista. Y todavía estoy esperando».*

Para diagnosticar bien un padecimiento de acúfenos o tinnitus, el otorrinolaringólogo tiene un abanico de pruebas que puede realizar, desde una **audiometría**, que evalúa la capacidad auditiva y se realiza en una habitación insonorizada, donde se reproducen sonidos en un oído a la vez, hasta una **acufenometría**, que compara la frecuencia e intensidad del acúfeno con un tono que se presenta al paciente, pasando por una **timpanometría** (evalúa la función tubárica y patologías del oído medio) o una **tomografía computarizada (TAC)** o **resonancia magnética (RMN)**, que trata de encontrar posibles deformidades o daños en los oídos.

Si el paciente no puede acceder al especialista, éste no puede realizarle la prueba diagnóstica. **Ni interpretarla.** Y si no hay un diagnóstico ajustado, tampoco puede haber un tratamiento adecuado. Como dijo el presidente de la Asociación Justicia por la Sanidad, Luis Escribano, la semana pasada en el programa *Las luces de la ciudad*, de 7TV Málaga, uno de los principales objetivos del SAS debería ser atender a los pacientes en **«un acto único»**, como ocurre desde hace tiempo en otros países.

Pensamos que el retraso de 3 años en recibir la atención del especialista no es una situación habitual en el SAS, y que puede deberse a una circunstancia puntual desafortunada. Una vez el Sr. Manuel S. sea atendido por el especialista del SAS y le hayan realizado las pruebas descritas y/o otras que el especialista estime necesarias, es posible que no puedan recomendarle un tratamiento que garantice la curación del acúfeno, entendiendo por curación su eliminación, pero sería una buena práctica que su médico de cabecera, o el especialista, le explicara que existen terapias cognitivo conductuales, que se realizan con éxito en muchos países, en España entre ellos, que permiten que el acúfeno afecte poco o nada a la calidad de vida del paciente.

Se trata de terapias que no requieren instrumentación alguna ni fármacos, que pueden realizarse *online* o sea sin desplazamiento del paciente, y que las realizan psicólogos especialistas en el tratamiento de los acúfenos, que Manuel S. hubiera podido hacer en estos 3 años de espera, ya que no interfieren en absoluto con las pruebas descritas anteriormente, y con otras que pueda prescribir el especialista, que pueden hacerle en el SAS.

Es por todo lo expuesto que desde nuestra Asociación y a través del periódico El Libre, hemos tratado de contactar con Manuel S. para invitarle a que se conecte a una reunión *online* que celebramos todos los primeros miércoles de cada mes, en la que podría recibir amplia información de tales terapias.

FÁRMACOS OTOTÓXICOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

El síndrome conocido como vejiga hiperactiva se caracteriza por sentir una necesidad urgente de orinar que es difícil de controlar; orinar con frecuencia, en general 8 o más veces en 24 horas; perder orina sin querer tras una necesidad urgente de orinar; y despertarse más de 2 veces por la noche para orinar. En 2017 uno de nuestros socios residente en Vitoria, nos explicó que para tratar dicho síndrome su médico le había prescrito el fármaco mirabegron, que agravó sus acúfenos debido a su ototoxicidad. Esta información la publicamos en Apat39 en diciembre de 2015. Ahora, uno de nuestros socios, en esta ocasión residente en Barcelona, sufre dicho síndrome y le han recetado el fármaco tolterodina, cuya prescripción, según nos explica, ha aumentado la intensidad de sus acúfenos.

Por este motivo publicamos esta información para que nuestros socios que pudieran sufrir este síndrome, sepan que deben advertir a su médico sobre la ototoxicidad de estos fármacos.

Hola, buenos días. Por causa de sufrir vejiga hiperactiva que me despierta 3 ó 4 veces cada noche me han recetado el fármaco tartrato de tolteradina, y su prescripción ha aumentado la intensidad con la que percibo mis acúfenos. En el folleto del fármaco al describir los efectos adversos no aparecen los acúfenos, y este fármaco no aparece en el listado que manejamos. Por ello me tomo la libertad de informarles por si puede ser útil a otros socios que puedan encontrarse en una situación similar. Saludos. Juan

EL ACÚFENO TU COMPAÑERO DE VIDA

En un grupo de WhatsApp que según nuestra información reúne a varios componentes residentes en Galicia, hemos leído el siguiente mensaje de un músico que reside en dicha Comunidad:

La semana pasada cumplí tres años desde la lesión en el oído. Hoy fui a la consulta y me dicen que me tengo que fastidiar y que no tengo nada, que si escucho un ruido que nadie más escucha, es que tengo un trastorno paranoide, incluso me lo escribieron en el historial médico. Tengo cita con mi abogada para denunciar al Servicio Público de Salud (En Galicia, España, es horrible) para que, por lo menos, borren eso del trastorno paranoide.

Nosotros, como Asociación de Afectados por Acúfenos, no somos quién para criticar, aconsejar o intervenir en lo que puede haber hecho el Servicio Gallego de Salud, y mucho menos sin conocer las circunstancias del interesado que dieron lugar al diagnóstico y sin tener la garantía de que lo que leemos es tal como nos lo explican, pero podemos informar, si como parece desprenderse de que el ruido que escucha es un acúfeno subsiguiente a una lesión en el oído, que existen terapias que permiten habituarse al acúfeno de forma que el afectado recupere la calidad de vida perdida por el ruido constante que percibe.

Se trata de terapias cognitivo-conductuales que se realizan en todo el mundo y que muchos afectados hemos realizado con resultados positivos. Estas terapias las proponemos a todas las personas que auden a la Asociación por primera vez en demanda de ayuda.

Otras terapias que se aplican frecuentemente son las terapias sonoras de las que publicamos amplia información en lo que sigue, entre las cuales destaca por la frecuencia de su aplicación la TRT *Tinnitus Retraining Therapy*.

Lamentablemente, hay algunos facultativos que no saben que disponemos de distintas terapias que permiten que el afectado recupere la calidad de vida perdida por causa de los acúfenos, y por ello no informan a sus pacientes, limitándose a explicar que su ruido no deseado no tiene solución.

FÁRMACOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN QUE PUEDEN SER OTOTÓXICOS

Hola. Quería preguntaros si conocéis algún antidepresivo que sea apto para personas con acúfenos. Es que he ido al psiquiatra y me han recetado sertralina que es ototóxico y tiene acúfenos como efecto secundario. Se lo he comentado al médico pero no parece que estén muy informados sobre el tema, así que recurro a vosotros porque me encuentro en un punto muerto, cuando tenía la esperanza de que el tratamiento me ayudaría. Además, sólo encuentro listas de medicamentos que son ototóxicos y producen acúfenos pero no encuentro listas de medicamentos aptos que no sean ototóxicos. Gracias de antemano. Saludos.

Amaia

Hola, buenos días. La información disponible sobre la ototoxicidad de los fármacos es escasa y en ocasiones contradictoria. Tenemos un informe realizado en diciembre de 2018 que le adjuntamos. Debe tener en cuenta que los fármacos que aparecen en el listado PUEDEN ser ototóxicos, ya que lo son para unas personas y no lo son para otras, dado que puede depender de la dosis, de la duración de la prescripción, del estado de salud de la persona, e incluso de interacciones farmacológicas con otros fármacos que el paciente esté tomando. En cuanto a los antidepresivos, muy prescritos a personas con acúfenos, hemos ido recogiendo algunas informaciones de socios de nuestra asociación que resumimos en una hoja que le enviamos, que contiene 9 fármacos en rojo que creemos que tienen posibilidades de ser ototóxicos; 4 en amarillo que pueden ser ototóxicos; y otros 4 sin color de los que no ha habido informaciones de que sean ototóxicos. Este listado no es exhaustivo, ya que hay otros antidepresivos que no constan en el mismo. Debe tener en cuenta que la ototoxicidad de la mayoría de fármacos suele ser transitoria, es decir, desaparece al dejar de tomarlos. Saludos cordiales.

APAT

DEPRESIÓN

En nuestra Asociación, a lo largo de 32 años, hemos recibido a muchas personas con acúfenos y con trastornos de ansiedad, insomnio, depresión, etc. Aunque los dos primeros: ansiedad e insomnio han sido los más frecuentes, también hemos recibido a personas que presentaban depresión en distintos grados, por lo que revisar lo publicado sobre este trastorno, e incluir informaciones recientes sobre un nuevo tratamiento farmacológico nos ha parecido oportuno.

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 sea 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 la definición anterior 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 tiene porque conducir 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, pero en algunos casos son rápidos y muy dramáticos.

Causas de la depresión

- Factores genéticos. Hay mayor riesgo de padecer depresión cuando existe una historia familiar de depresión, 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», persistente 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 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 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 han originado la depresión. 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.
- El tratamiento debe combinar farmacología con técnicas cognitivas y conductuales.
- No medicarse no es ser más fuerte, es simplemente desconocer lo que es la depresión.

LA ESKETAMINA ADMINISTRADA COMO SPRAY NASAL OFRECE RESULTADOS ESPERANZADORES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE

El uso de la esketamina fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) a finales del año 2022 para los casos de depresión resistente con fracaso previo en al menos dos líneas de tratamiento anti-depresivo adecuado, y recientemente ha sido aprobado por la FDA *Foods and Druggs Administration*. Se trata de un derivado de la ketamina, un compuesto químico utilizado habitualmente en anestesia general, que se ha demostrado que genera cambios positivos en el cerebro con depresión.

El Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) ha incorporado el fármaco a las soluciones terapéuticas para los casos de depresión resistente, y se estima que a finales de 2024 habrá tratado a un centenar de pacientes con el derivado químico de la ketamina, utilizada en anestesia desde hace décadas.

Hasta la fecha, los resultados de la administración de la esketamina a los pacientes con depresión resistente derivados al HUB son alentadores. Sobre todo porque supone una mejora significativa en pacientes que llevan mucho tiempo con una descompensación grave de la enfermedad y han fallado en multitud de tratamientos previos. Mediante un spray nasal, el paciente se autoadministra el fármaco, siempre en el hospital y con la ayuda y supervisión de profesionales médicos y de enfermería.

Además de la facilidad de aplicación, la vía intranasal evita el metabolismo hepático y la absorción gastrointestinal. Esto propicia un inicio de la acción antidepresiva más rápida que con los fármacos tradicionales, según han confirmado los datos preliminares de los primeros pacientes tratados con esketamina en el HUB.

Dado que todavía se cuenta con una corta experiencia con el fármaco, los especialistas de la Unidad de Depresión Resistente del HUB, se muestran optimistas pero consideran que hace falta ser prudente con los resultados, ya que todavía no disponemos de datos de la evolución a más largo plazo, es decir, a partir de los seis meses- un año de tratamiento.

El debate sobre los datos preliminares de los primeros pacientes tratados con esketamina, así como la consolidación de unidades de neuromodulación y terapias avanzadas en el HUB y en otros centros, como el Hospital de Sant Pau, centraron una jornada celebrada en marzo de 2024 en el HUB.



Después de cada administración de esketamina, el paciente permanece en observación en el centro durante unos 90 minutos aproximadamente para controlar algunos efectos secundarios transitorios, como el aumento de la presión arterial, náuseas, cefaleas, mareo y episodios leves de disociación. Según los datos iniciales de los pacientes tratados en el HUB, el buen perfil de tolerancia y seguridad de la esketamina sitúan a este compuesto como una opción viable para los pacientes con los que han fracasado otros tratamientos farmacológicos.

En el transcurso de una jornada celebrada en el HUB también se puso de manifiesto que el trabajo coordinado entre los psiquiatras de los centros de salud mental de adulto (CSMA) y de los centros hospitalarios de atención psiquiátrica del territorio resultará clave para el seguimiento de los pacientes y la evaluación a medio y largo plazo de la eficacia del tratamiento con esketamina.

La esketamina se incorpora al completo programa terapéutico del HUB para abordar la depresión resistente, junto con técnicas de neuromodulación como la estimulación magnética transcraneal y la terapia electroconvulsiva (TEC).

La OMS estima que puede haber más de 180 millones de personas en el mundo que sufren depresión. Esto supone que entre un 4 y un 5 % de la población sufre o sufrirá algún episodio depresivo y un tercio de ellos no responderá al tratamiento, siendo el riesgo en las mujeres el doble que en los varones. Además, la depresión es la principal causa de discapacidad en la actualidad.

Se sabe que algunos de los fármacos utilizados para tratar la depresión pueden ser ototóxicos, dependiendo de la dosis, de la duración de la prescripción, del estado de salud de la persona, e incluso de interacciones farmacológicas con otros fármacos que la persona esté tomando. De los fármacos ketamina y esketamina, este último aplicado como spray nasal en el tratamiento de la depresión, no tenemos ninguna información acerca de su ototoxicidad, ya que no aparecen en el último informe publicado. Cabe esperar que una vez el HUB haya tratado un número suficiente de casos de depresión pueda informar con relación a ello.

La información de este nuevo tratamiento procede del HUB Hospital Universitari de Bellvitge de Hospitalet de Llobregat. Según nos indican también se realiza en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Suponemos que en otros hospitales de otras Comunidades Autónomas se estará aplicando este mismo tratamiento, que fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento en 2022. Si algún lector está interesado en el tratamiento podrá informarse sobre los hospitales de su Comunidad que lo aplican. En el más que probable caso de que así sea, rogamos que nos informen para que nosotros podamos informar a otros interesados.

DIEZ MITOS SOBRE LA DEPRESIÓN

Hay muchos mitos sobre la depresión, incluyendo que no es una enfermedad real o que solo puede afectar a determinadas personas. Además de desanimar a personas con depresión que buscan ayuda, estos mitos contribuyen a estigmatizar esta enfermedad.

En 2020, alrededor del 8 % de todos los adultos de Estados Unidos experimentaron por lo menos un episodio de depresión, lo que significa que es el problema mental más observado en EE.UU. A pesar de ello, muchos mitos sobre la depresión siguen circulando, lo cual se debe principalmente a ideas erróneas y a conocimientos obsoletos sobre esta enfermedad.

En lo que sigue se exponen algunos de los mitos más comunes y se explica por qué son engañosos, y cuál es la realidad de cada uno de ellos.

1. La depresión no es una enfermedad real

Algunos dicen ignorar la depresión debido a que no es una enfermedad real que deba ser atendida por la ciencia médica, asegurando que es la creencia de la persona fruto de su pensamiento o de un criterio personal. Otros ven la depresión como un tipo de tristeza o de autocompasión en lugar de una enfermedad mental diagnosticable y tratable.

La depresión es una condición descrita en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), que presenta síntomas emocionales y físicos. Para diagnosticar depresión, la persona debe ajustarse a los criterios establecidos en dicho Manual, entre los que se incluyen que sus síntomas tengan una duración mínima de 2 meses y presente cambios significativos en cómo piensa, siente y actúa.

Por tanto, depresión no es equivalente a una simple tristeza o a autocompasión. Los facultativos la asocian a una mezcla de factores biológicos, ambientales y psicológicos.

2. El mejor tratamiento es la medicación

Los fármacos antidepresivos pueden hacer que el cerebro reciba elementos químicos que le permitan controlar el estrés y el malhumor, y por ello algunos doctores los prescriben para tratar la depresión. Hay personas que creen que tomar antidepresivos es el tratamiento más efectivo. Es una creencia común que una persona necesita tomar antidepresivos el resto de su vida para prevenir los síntomas de la depresión.

Los antidepresivos no son el «curalotodo» para la depresión, y no son eficaces para todo el mundo y en todas las situaciones. De hecho, los doctores los prescriben cuando aparecen en el paciente problemas psicológicos y cambios de forma de vida. Además, si bien es cierto que algunas personas toman antidepresivos el resto de su vida, los doctores raramente realizan esta prescripción.

Para empezar a notar los efectos de los antidepresivos se requieren varias semanas. Es importante explicar que no es saludable para personas que toman tales fármacos dejar de tomarlos totalmente, debido al riesgo de efectos secundarios nocivos que pueden aparecer al discontinuar un tratamiento farmacológico. En algunos casos se establece, de acuerdo con el doctor, un plan para ir reduciendo la dosis de antidepresivo de forma lenta. Esta práctica es habitual cuando los síntomas depresivos se han superado, lo que, normalmente requiere tomar la medicación a lo largo de 6 meses.

3. La causa de la depresión es traumática

Algunas personas creen que la depresión ha sido causada por un evento traumático.

Un trauma, cualquiera que sea su naturaleza, puede ser un factor de riesgo para tener depresión y un factor que agrave una depresión preexistente. No suele existir una causa única, y ocurre con frecuencia que la depresión se debe a la concurrencia de factores diversos.

Obviamente, no todo aquel que experimenta un evento traumático desarrolla depresión.

4. La depresión es parte del crecimiento de la persona

Los adolescentes pueden tener episodios emocionalmente, socialmente y psicológicamente difíciles, y los síntomas de la depresión pueden confundirse con los efectos de la adolescencia, que incluyen irritabilidad, pesimismo y ansiedad, lo cual hace que algunos creen que la depresión es parte de la transición de la adolescencia a la edad adulta.

Algunos adolescentes experimentan depresiones. Se estima que en Estados Unidos, en 2020, un 17 % de los adolescente de 12 a 17 años tuvieron como mínimo un estado depresivo. Sin embargo, al igual que con los adultos, hay una diferencia entre la tristeza típica del adolescente y la depresión. Tan solo si la tristeza, la irritación y el hecho de no encontrar placer en cosas anteriormente placenteras continúan a lo largo de un periodo prolongado de tiempo, el doctor puede empezar a sospechas que el adolescente está deprimido. Esto no significa que todo adolescente deberá tener periodos de depresión para llegar a adulto.

No obstante, los adolescentes que presentan síntomas consistentes de mal humos y acusan problemas de disciplina en la escuela, deben ser tratados cuanto antes para evitar que tales síntomas se transformen en depresión.

5. La depresión solo afecta a mujeres

Estereotipos culturales y sociales han mantenido el mito de que los hombres no pueden tener depresión, y como consecuencia, muchas personas han ignorado la depresión en hombres durante mucho tiempo. Todos, hombres o mujeres, pueden experimentar depresión. No obstante, los síntomas propios de la depresión pueden ser distintos, y también los factores que pueden aumentar el riesgo de episodios depresivos pueden ser distintos de un sexo al otro.

Algunas investigaciones muestran que los hombres con depresión suelen sufrir más síntomas de angustia y de enfado consigo mismos que las mujeres; y asimismo que pueden ser menos abiertos para hablar de sus sentimientos, lo que puede ser el resultado de estigmas culturales alrededor de la masculinidad y del comportamiento de los hombres.

Los hombres que experimentan síntomas de depresión deben consultar al doctor cuanto antes para prevenir mayores complicaciones. Esto es importante debido a que algunas investigaciones muestran que los hombres suelen tener más pensamientos suicidas que las mujeres en caso de depresión.

La depresión es más frecuente en mujeres, las cuales pueden experimentar una depresión postpartum después de dar a luz, cuyos efectos incluyen habitualmente ansiedad, fatiga y persistente malhumor. Los especialistas explican que entre los motivos de la depresión postpartum aparecen con frecuencia cambios en los niveles hormonales. Las mujeres con este tipo de depresión pueden llegar a un extremo de tristeza y de indolencia que les resulte difícil cuidarse a sí mismas y a su bebé. Algunos facultativos se han especializado en el tratamiento de estos casos.

6. La depresión es hereditaria

Es común la creencia que una historia familiar de depresión asegura que la persona desarrollará tal condición. Ciertamente, la genética juega un papel en el desarrollo de la depresión. La investigación revela que las probabilidades de desarrollar depresión aumentan cuando existe una historia familiar de depresión, pero aunque tal historia exista ello no significa que la persona vaya a desarrollar depresión. Por el contrario, personas sin historia familiar de depresión desarrollan tal condición.

La aparición de la depresión puede depender de factores psicológicos, biológicos y del entorno. No obstante, el hecho de que una persona tenga depresión, no significa que sus familiares cercanos vayan a tenerla.

Las personas con depresión pueden encontrar ayuda hablando sobre su problema con miembros de su familia capaces de comprender su condición.

7. Mantenerse ocupado cura la depresión

Algunos creen que estando ocupados, sea en el trabajo, en la escuela, en actividades recreativas o deportivas, etc., puede contribuir a prevenir o a evitar episodios depresivos.

Realizar ejercicios físicos según la capacidad de la persona y pasar tiempo con la familia y con los amigos puede ayudar a una persona a hacer frente a su depresión, mucho mejor que si se aísla en su trabajo o en otras actividades. Una persona puede focalizarse en una afición, un proyecto o en una actividad absorbente como parte de su tratamiento. Un terapeuta, por ejemplo, le puede recomendar que lo haga como parte de una terapia cognitivo-conductual.

Adicionalmente, la persona puede dedicarse solo a parte de sus obligaciones regulares durante el período depresivo, pero debe tratar de transformar sus obligaciones en varios cometidos más pequeños, más ma-

nejables evitando hacer demasiadas cosas al mismo tiempo. También puede posponer la toma de decisiones importantes durante episodios depresivos para tomar tales decisiones con mayor claridad cuando los haya superado.

8. La depresión aparece a partir de una determinada edad

Muchas personas sufren su primer episodio depresivo en edades entre 20 y 30 años. Por esta razón, muchas personas creen que la depresión solo puede aparecer cuando los afectados ya son adultos, y no suele aparecer a los niños y a los adolescentes. Algunos piensan que la depresión es una característica natural que forma parte del envejecimiento en adultos ancianos. La depresión puede aparecer a cualquier edad, incluyendo personas jóvenes no adultas aún.

En ancianos, algunas dolencias como cáncer, problemas cardiológicos o la enfermedad de Parkinson pueden dar lugar a depresión. Algunos fármacos indicados en dichas dolencias pueden tener efectos secundarios que aumenten el riesgo de depresión. También en caso de fármacos para tratar determinadas alergias, la hipertensión y el dolor crónico.

Sin embargo, no debe pensarse que la depresión es una parte inevitable del envejecimiento, aunque pueda aparecer en edades avanzadas. Según los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), alrededor del 5 % de los ancianos que no reciben cuidados hospitalarios experimenta depresión.

Los ancianos con problemas de salud crónicos con depresión deben acudir a su médico para tratar su depresión. En muchas ocasiones, debido a atender los problemas de salud crónicos no se tienen en cuenta los síntomas de la depresión.

9. Hablar sobre depresión la empeora

Persiste el mito de que hablar de la depresión la empeora, a causa del estigma existente alrededor de las dolencias de salud mental. Es por esta razón que muchas personas evitan hablar de depresión aún reconociendo sufrir algunos de los síntomas que la caracterizan.

No es cierto que hablar sobre depresión la empeore, ya que muchas personas hablando de sus síntomas encuentran ayuda que les permite mejorar. Las personas depresivas deben intentar hablar con personas en las que confíen y que no formulen juicios, por ejemplo amigos y miembros de la familia. También deben hablar con facultativos especialistas en el problema.

10. Los suplementos naturales pueden ayudar a tratar la depresión

Una persona depresiva que esté realizando psicoterapia y tomando algún fármaco, puede reducir los síntomas de depresión si realiza algunos cambios en su dieta. Algunos proveedores de suplementos naturales aseguran que sus productos son una ayuda en el tratamiento de la depresión, afirmando que pueden sustituir a la medicación. En general no se dispone de estudios rigurosos que confirmen lo anterior, e incluso algunos de estos suplementos pueden dar lugar a interacciones negativas si la persona los mezcla con fármacos antidepresivos. Antes de decidirse a tomar un suplemento natural es imprescindible consultar a un facultativo especialista.

A medida que la investigación sobre la depresión avance, y se normalicen las percepciones culturales, sociales y medicinales sobre la misma, estos mitos irán desapareciendo.

TERAPIAS SONORAS Y TINNITUS

La utilización de sonidos tanto durante el día como la noche puede ayudar a manejar el tinnitus. Desde los generadores de sonido blanco hasta todo tipo de generador de sonido, sea portátil o fijo, pueden ser útiles. Tratamos en lo que sigue de explicar sus principios y algunas formas de realizar la terapia.

Es importante aclarar que las distintas terapias sonoras conocidas no consiguen eliminar el tinnitus, pero en muchos casos consiguen que el tinnitus afecte poco o nada a la calidad de vida del paciente.

Introducción

La utilización de sonido para ayudar en el manejo del tinnitus es muy conocida y muy popular. Se conoce como terapia sonora y muchas personas con tinnitus la utilizan de alguna forma para aliviar las consecuencias de su condición, sea como terapia exclusiva sea formando parte de otra terapia.

El objetivo de la terapia sonora es ayudar a alterar la percepción que el afectado tiene de su tinnitus y de su reacción al percibirlo. El sonido puede ayudar a distraer a la persona de la intrusividad de su tinnitus o bien ayudar a su cerebro a estar más acostumbrado al mismo, y eventualmente, a ser capaz de que el cerebro lo ignore. Esta situación se conoce como **habitación al tinnitus**.

La terapia sonora puede ser gratuita, sin coste alguno, y siempre sin consecuencias negativas para la persona. Hay una amplia variedad de terapias sonoras para poder escoger la que mejor le funcione a cada uno.

¿Qué es terapia sonora?

Las personas que tienen tinnitus manifiestan que en un entorno silencioso, como por la noche, perciben el tinnitus con mayor intensidad y causándoles mayor molestia. Escuchar otros sonidos puede hacer que el tinnitus resulte menos intrusivo.

Ya en 1903, el Dr. Spaulding utilizaba un piano para contrarestar la frecuencia del tinnitus de sus pacientes, para lo que aumentaba el volumen de las distintas notas hasta dar con la que conseguía que el tinnitus fuera inaudible para su paciente. En 1993, Jastreboff y McLinney introdujeron la teoría de la habitación del sistema auditivo utilizando sonidos de bajo nivel para ayudar a mejorar a sus pacientes. La utilización del sonido continúa siendo una parte sustancial del paquete de estrategias de manejo del tinnitus que permite afrontar la reacción emocional y el estrés asociados al mismo.

¿Cómo trabaja la terapia sonora?

Algunos piensan que la terapia sonora causa cambios funcionales en la sensibilidad del área del cerebro que procesa los sonidos. Otros piensan que actúa como una distracción psicológica o una ayuda a la relajación. Lo más probable es que sea una combinación de los dos pensamientos.

La terapia sonora puede ser utilizada como una técnica de autoayuda o bien como un componente de un programa de tratamiento diseñado por profesionales, sea en consultorios privados sea en hospitales públicos.

La investigación revela que la terapia sonora juega un papel menos importante que el consejo terapéutico (*counselling*) en los tratamientos para la habitación al tinnitus, lo que puede deberse al pensamiento de que no es la única herramienta disponible para luchar contra el tinnitus, cosa que es cierta. Esta idea aparece en las guías de actuación ante el tinnitus existentes en algunos países.

Interesa no perder de vista que la terapia sonora es una de las prácticas que más fácilmente puede hacer uno mismo.

Tipos de terapia sonora

La terapia sonora puede ser generada por el ambiente alrededor de uno mismo, por ejemplo abriendo una ventana o escuchando un sonido mediante: un MP3, una radio, una App en un teléfono móvil mediante auriculares inalámbricos, grabada en un ordenador, utilizando un generador de sonido portable o de mesa, y otras posibilidades que cada interesado puede decidir. Algunos audífonos utilizados para corregir la pérdida auditiva pueden incorporar generadores de sonido, que puede ser el sonido blanco (que contiene todas las frecuencias que el oído humano puede percibir), sonidos de la naturaleza o piezas musicales.

El tipo de terapia sonora depende finalmente de las preferencias y posibilidades de la persona. En general se prefiere un sonido que no requiera mucha atención y que sea grato a la persona.

Como utilizar el sonido para que sea una ayuda en el manejo del tinnitus

El objetivo de la terapia sonora es alcanzar un punto en el que el tinnitus sea “ignorado” por el cerebro cuanto más tiempo mejor. En otros términos, es conseguir que el tinnitus se “aloje” en la parte inconsciente del cerebro, y cuando pase a la parte consciente sea lo menos agresivo posible.

Este punto, conocido como habituación al tinnitus, y se alcanza más fácilmente al utilizar un sonido cuya intensidad sea ligeramente inferior a la del tinnitus. Algunas personas utilizan sonidos muy intensos, lo que conocemos como enmascaramiento, siendo un hábito que no colabora en la habituación al tinnitus, ya que da lugar a que el tinnitus aparezca más agudo al cesar el sonido enmascarador, lo que ocurre especialmente al acostarse.

La terapia sonora puede dejar de utilizarse cuando el tinnitus se haya vuelto menos intrusivo gracias a la habituación al mismo, que es un proceso que requiere un tiempo muy variable de una persona a otra. Es aconsejable reducir la percepción sonora de forma gradual y nunca súbitamente.

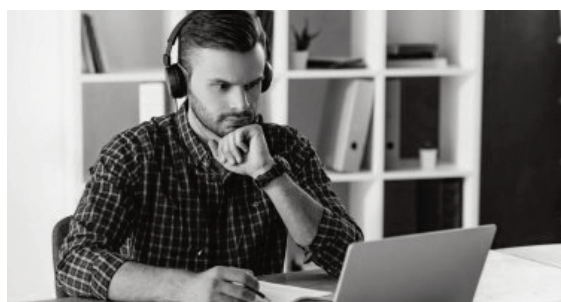
Algunas terapias que incluyen la terapia sonora como una parte del tratamiento

TRT Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus (*Tinnitus Retraining Therapy*). En esta terapia se propone al paciente que escuche todo el tiempo que pueda un sonido denominado sonido blanco que contiene todas las frecuencias que el oído humano puede percibir, de forma que es seguro que escuchará la frecuencia de su tinnitus, lo que debe permitirle habituarse al mismo. Con carácter previo al inicio de la escucha, el paciente debe recibir sesiones de consejo terapéutico que le permitan transformar el sonido de su tinnitus en un sonido neutro en lugar de uno agresivo. Este tratamiento requiere la adhesión del paciente ya que se estima en una duración mínima de 12 meses, y en el mejor de los casos solo puede notarse una mejora a los 3 meses. Inicialmente el sonido blanco se generaba mediante unos dispositivos similares a los audífonos colocados en los oídos, pero dado su coste y que ahora el sonido blanco se encuentra en internet fácilmente, el interesado puede obtenerlo sin coste alguno y cargarlo en el aparato reproductor que estime conveniente.

Lenire. Propone que el paciente se habitúe al tinnitus mediante una doble estimulación del área del cerebro que procesa los sonidos. Una estimulación es eléctrica mediante unos electrodos colocados en la lengua que, a través de los nervios linguales, llevan la estimulación al cerebro más una estimulación sonora mediante auriculares en los que se ha grabado previamente un sonido adecuado al tinnitus y a la pérdida auditiva del paciente. Está autorizado por las agencias reguladoras de EE.UU. y de Europa, y se aplica en algunos hospitales españoles.

El dispositivo desarrollado por la Dra. Susan Shore y su equipo de la Universidad de Michigan utiliza una

técnica conocida como estimulación bimodal, similar a la anterior, que combina estímulos auditivos y somatosensoriales para reducir la percepción del tinnitus. El tinnitus ha aparecido en muchos casos por una actividad desregulada en las vías auditivas y áreas del cerebro relacionadas con el procesamiento del sonido, como el núcleo coclear dorsal. Este dispositivo está diseñado para estimular estas regiones de manera precisa, ayudando al cerebro a "reorganizarse" y a disminuir la intensidad del tinnitus. Estimulación auditiva: El dispositivo emite sonidos diseñados específicamente para cada paciente, basados en el tipo y la frecuencia de su tinnitus. Estimulación somatosensorial: Simultáneamente, se aplica una leve estimulación eléctrica a la piel, generalmente en regiones cercanas al cuello o a la cara, que están conectadas a las mismas áreas del cerebro responsables del procesamiento del tinnitus. La combinación sincronizada de estos dos estímulos entrena al cerebro para desasociar el tinnitus de su percepción consciente, lo que puede resultar en una disminución significativa de los síntomas. Esta terapia no tiene, por ahora, la autorización de la FDA en EE.UU.



Esta señora y este caballero están realizando una terapia sonora mientras están trabajando

Levo. Esta terapia utiliza sonidos que el paciente percibe mientras duerme. Están diseñados con arreglo a las características del tinnitus (frecuencia, intensidad) y a la pérdida auditiva del paciente. Se inició en Uruguay y posteriormente se desarrolló en EE.UU., estando autorizada por la FDA. No tenemos información de que se aplique en España ni en Europa.

Impeaetinn. Es una terapia sonora basada en el ambiente acústico enriquecido, que actualmente se aplica por el Instituto de Tecnologías Físicas y de la Información del CSIC, en el que colabora la UEM Universidad Europea de Madrid. Es un proyecto en estudio, que amplía la terapia sonora ya desarrollada anteriormente por el CSIC y la UEM y aplicada a muchos pacientes de nuestro país con resultados positivos.

La **musicoterapia** es una disciplina que cuenta con un cuerpo científico que permite establecer protocolos eficaces en distintos ámbitos de la medicina. Se sabe que la música tiene una influencia positiva en la plasticidad cortical del cerebro y su efectividad en el tratamiento del tinnitus crónico es conocida. Partiendo de esta afirmación, investigadores pertenecientes a la Universidad de Heidelberg en Alemania diseñaron un protocolo de aplicación de la musicoterapia al tinnitus tonal (que es un sonido que tiene una frecuencia única o contiene una banda de frecuencias muy estrecha), que aplicamos en nuestra Asociación en 2017. El protocolo estaba diseñado exclusivamente para tinnitus tonales, y de 16 socios que se inscribieron para realizar la terapia, solo 6 de ellos tenían tinnitus tonales; resultando que 5 de ellos que completaron la terapia (uno de ellos no la pudo completar) tuvieron mejoras en la percepción de su tinnitus, según publicamos en Apat47. No hemos tenido nuevas informaciones sobre procedimientos musicoterapéuticos en el tratamiento del tinnitus.

La asociación francesa **AFREPA** que reúne a varios consultorios privados especializados en el tratamiento de los acúfenos, realizó un estudio de terapia sonora con buenos resultados según publicó la propia asociación, del que informamos en Apat76. Hasta hoy no tenemos información concreta sobre la naturaleza del estudio y del tipo de estimulación sonora. En cuanto se publique transcribiremos tales informaciones.

Dos piezas de **Mozart, Sonata para dos pianos en RE mayor K448** y el **Concierto para piano nº 23 en La mayor K488** podrían constituir una terapia sonora para aliviar la percepción de los acúfenos. La primera puede mejorar el razonamiento espacial, según se observó en un estudio realizado en 1993. La segunda parece ser capaz de reducir significativamente los procesos cognitivos asociados a la epilepsia en el cerebro humano, y por ello conseguir en estas personas un estado de mayor bienestar y tranquilidad, según se estableció en una investigación realizada en 2001. Dado que los acúfenos y la epilepsia tienen algunos elementos comunes, se ha recomendado la percepción continuada de la segunda de las piezas a personas con acúfenos. En cierta forma, parece suficiente que la música provoque un efecto positivo en el espectador, y la música de Mozart, aliviará o no los acúfenos del oyente, pero difícilmente le dejará indiferente.

UN MEDICAMENTO PARA TRATAR EL TINNITUS EN ESTUDIO

Agradecemos a uno de nuestros socios que nos envía la información siguiente relativa a un medicamento en estudio en EE.UU. para tratar los acúfenos, que, por ahora, no tiene la autorización de la FDA. Nos interesa estar atentos a los progresos de tal medicamento.

Buenas tardes, os adjunto información relativa al medicamento SPI 1005 el cual ya ha superado la fase 2 en EEUU para el tinnitus; <https://youtu.be/5MhtTzYjEH4?si=yEq1UJ5CgLSp45Nc>
Un saludo.

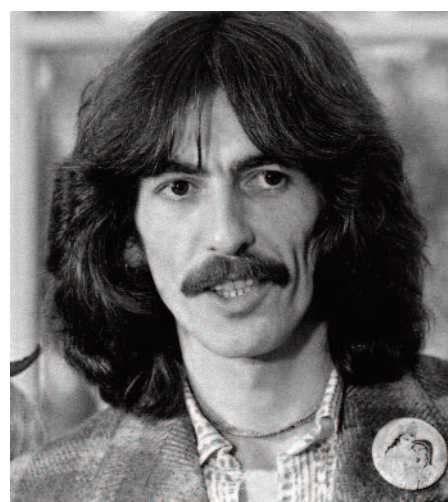
Manu

GEORGE HARRISON COMPONENTE DE *THE BEATLES* TENÍA ACÚFENOS

George Harrison nació en Liverpool en 1943, y falleció en Los Ángeles en 2001. Fue un músico multiinstrumentista, compositor, cantautor, productor musical y cinematográfico, actor, filántropo, activista pacifista, ecologista, guitarrista y cantante de la banda de rock *The Beatles*. Aunque sus compañeros John Lennon y Paul McCartney fueron los principales compositores del grupo, Harrison también incluyó composiciones propias en los discos de *The Beatles*, siendo *Something* una de las más conocidas.

En 1965, fue pionero en introducir música hindú en Occidente a través de instrumentos como el sitar, que tocó en varias canciones. Harrison tuvo también un especial interés por la cultura y religión hindú a través del movimiento Hare Krishna e introdujo a sus compañeros de *The Beatles* en la filosofía oriental a través del maharishi Mahesh Yogi, determinante en la evolución musical del grupo desde la grabación de *The White Album* (1968).

Tras la disolución de *The Beatles*, Harrison publicó *All Things Must Pass* (1970), el primer álbum de un *beatle* en solitario que alcanzó el primer puesto en la lista *Billboard* 200. Este álbum contó con la participación de varios músicos, entre ellos Ringo Starr a la batería y Eric Clapton a la guitarra.



Harrison falleció a los 58 años tras sufrir un cáncer de pulmón, y sus cenizas fueron esparcidas en una ceremonia privada en los ríos Ganges y Yamuna.

Como tantos músicos, tenía acúfenos, probablemente causados por haber sometido sus oídos a sonidos de elevada intensidad por largos períodos. Sus acúfenos no le impidieron formar parte de *The Beatles*, el grupo que más influencia ha tenido en la música de la segunda mitad del siglo XX.

¿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: