



Acúfeno y CALIDAD DE VIDA

DR. CARLOS F. ASENSIO NIETO. | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO, TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

Dos aspectos fundamentales relacionados con el acúfeno son, para este autor, la escasa importancia que se le da a este problema por parte de quien no lo padece, y el desconocimiento, en general, entre profesionales que existe sobre el mismo. De esta manera, llegamos a englobar en la actualidad bajo el término “acufeno” problemas con orígenes muy distintos, aunque coincidentes en una de sus manifestaciones.

Empecemos por definir el acúfeno como la percepción de un sonido sin fuente externa. La prevalencia estimada es del 10-15% de la población adulta (Henry JA *et al.* 2005) y solo 1 de cada 5 sujetos con acúfeno solicitará intervención médica (Henry JA *et al.* 2008). El acúfeno no es una enfermedad, sino un síntoma que se asocia a múltiples causas y factores agravantes.

El acúfeno es, por tanto, una sensación fantasma cuyo origen reside en una lesión auditiva periférica y en una anómala reorganización auditiva central, resultado de una alteración en el sistema neuronal inhibitorio y/o de una activación de vías auditivas no clásicas.

El acúfeno tiene dos componentes, percepción y reacción, de tal forma que el individuo puede quejarse de la percepción de sonido, pero reaccionar o no de forma negativa frente a él. El médico debe detectar dicha reacción negativa, preguntando al sujeto si el acúfeno es molesto, si interfiere con la capacidad de comunicación, de concentración, si interfiere con el sueño, o si interfiere con el disfrute del día a día. También debe indagar cuánto tiempo

y esfuerzo le dedica el sujeto a buscar terapias para solucionar su problema y en definitiva el médico debe valorar de forma funcional y emocional al sujeto.

Según la *American Tinnitus Association* (ATA), el acúfeno grave representa, tras el dolor intenso y los trastornos del equilibrio, el tercer síntoma más incapacitante que puede sufrir el ser humano. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud 278 millones de personas tienen acúfeno, aproximadamente el 15% de la población mundial.

La *Vital and Health Statistics* CDC 1994 recoge que la prevalencia del acúfeno se ve modificada por la edad, de tal forma que estaba presente en el 1,6% de la población entre 18 y 44 años, en el 4,6% de los adultos entre 45 y 64

años y en el 9% de los mayores de 60 años. En otras series hasta el 10,6% de los adultos entre 21 y 84 años comunicaron la presencia de acúfeno de intensidad, al menos, moderada que llegaba a interferir con el sueño (Nondahl DM *et al.* 2011).

La persistencia del acúfeno, unido a la no identificación de una causa primaria, agrava la angustia en los sujetos que lo padecen con efecto adverso sobre la calidad de vida (CdV), el resultado es un círculo vicioso de empeoramiento del acúfeno y del *distress* emocional. Esto sin mencionar el sentimiento de enfermedad grave asociado al acúfeno que perciben muchos sujetos, o las afirmaciones en el sentido de que poco o nada se puede hacer para ayudarle y por tanto hay que aprender a convivir con él.

La exposición al ruido es una de las causas más frecuentes de acúfenos.



LA PERSISTENCIA DEL ACÚFENO UNIDO A LA NO IDENTIFICACIÓN DE UNA CAUSA PRIMARIA AGRAVA LA ANGUSTIA EN LOS SUJETOS QUE LO PADECEN CON EFECTO ADVERSO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, EL RESULTADO ES UN CÍRCULO VICIOSO DE EMPEORAMIENTO DEL ACÚFENO Y DEL DISTRESS EMOCIONAL.

EL INSOMNIO, QUE PUEDE APARECER HASTA EN EL 50% DE LOS SUJETOS CON ACÚFENO, DISMINUYE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN Y LLEVA A SENTIMIENTOS DE IRA Y DE FRUSTRACIÓN.

La primera encuesta sobre acúfeno y CdV fue realizada por Tyler 1983, se llevó a cabo sobre 97 individuos con una edad media de 61 años, los principales efectos recogidos fueron el insomnio, la alteración en la comprensión del lenguaje, depresión, alteración de la capacidad de concentración y problemas en el ámbito familiar y laboral. El insomnio, que puede aparecer hasta en el 50% de los sujetos con acúfeno, disminuye la capacidad de concentración y lleva a sentimientos de ira y de frustración (Henry JA et al. 2005). Este impacto en la CdV se ve agravado en individuos con morbilidad asociada del tipo hipertensión arterial, diabetes mellitus y arteriosclerosis (Negrila-Mezei A et al. 2011).

Los trastornos psiquiátricos son comunes, asociándose acúfeno y trastorno depresivo en el 48% a 60% de los pacientes que lo padecen (Sullivan MD et al. 1988). Para Jastreboff 1990, el 20% de las personas con acúfeno lo consideran algo significativamente molesto con impacto negativo en sus vidas, pudiendo causar depresión y en casos extremos suicidio.

La severidad del trastorno depresivo parece relacionarse con la intensidad del acúfeno (Zöger S et al. 2006), hecho no constatado por otros autores (Gomaa MA et al. 2014). Además, otros trastornos psiquiátricos son más frecuentes en el paciente con acúfeno, como son las fobias sociales y los trastornos del comportamiento, ambas con una clara repercusión en la CdV del sujeto.



No obstante, la relación exacta entre depresión y acúfeno no está del todo clara, ya que la depresión puede afectar a la severidad y tolerancia al acúfeno, el acúfeno puede predisponer al individuo a la depresión, o bien el trastorno depresivo puede ser una co-morbilidad independiente en pacientes con acúfeno. No obstante, para algunos autores ambos síntomas podrían ser resultado de terceros factores, como las características de personalidad del sujeto (Langguth B et al. 2007).

Como ya es conocido, por una parte un estado de estrés emocional puede exacerbar el acúfeno y, por otra, el acúfeno puede llegar a ser tan emocionalmente negativo que altere de forma intensa la vida del paciente. En este sentido, algunos autores afirman que cuando existan hallazgos sugestivos de que el individuo percibe su acúfeno como algo problemático, o que tiene problemas con su acúfeno, por ejemplo, cuando se va a dormir, necesitará de una

intervención temprana para prevenir o reducir sus síntomas depresivos y asegurar que otras áreas de su vida no se vean negativamente influenciadas (Loprinzi PD et al. 2013).

Riedel 2015 utiliza la versión en alemán del *Tinnitus Acceptance Questionnaire* diferenciando entre pacientes con baja-leve aceptación del acúfeno y pacientes con aceptación moderada-alta. Los pacientes con mayores niveles de aceptación del acúfeno mostraron una significativamente mayor CdV y un menor *distress* psicológico. La aceptación del acúfeno desempeña un papel importante en los pacientes con acúfeno crónico. Los niveles superiores de aceptación se relacionan con mayor CdV y menor *distress* psicológico.

En conclusión, es la reacción, más que la presencia de acúfeno, la que diferencia a una persona con acúfeno de un paciente con acúfeno. ✘

BIBLIOGRAFÍA

American Tinnitus Association (ATA). Information about tinnitus, 1979.

Gomaa MA, Elmagd MH, Elbadry MM, Kader RM. Depression, Anxiety and Stress Scale in patients with tinnitus and hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014; 271(8): 2177-84.

Henry JA, Dennis KC, Schechter MA. General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. *J Speech Lang Hear Res* 2005; 48(5): 1204-35.

Henry JA, Zaugg TL, Myers PJ, Schechter MA. The role of audiologic evaluation in progressive audiologic tinnitus management. *Trends Amplif* 2008; 12(3): 170-87.

Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res* 1990; 8(4): 221-54.

Langguth B, Kleinjung T, Fischer

B, Hajak G, Eichhammer P, Sand PG. Tinnitus severity, depression, and the big five personality traits. *Prog Brain Res* 2007; 166: 221-5.

Loprinzi PD, Maskalick S, Brown K, Gilham B. Association between depression and tinnitus in a nationally representative sample of US older adults. *Aging Ment Health* 2013; 17(6): 714-7.

Negrila-Mezei A, Enache R, Sarafoleanu C. Tinnitus in elderly population: clinic correlations and impact upon QoL. *J Med Life*. 2011 Nov 14; 4(4): 412-6.

Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Huang GH, Klein BE, Klein R, Nieto FJ, Tweed TS. Tinnitus and its risk factors in the Beaver Dam offspring study. *Int J Audiol* 2011; 50(5): 313-20.

Riedel D, Rumpold G, Schmidt A et al. The influence of tinnitus acceptance on the quality of life and psychological distress in pa-

tients with chronic tinnitus. *Noise & Health* 2015; 17: 374-381.

Sullivan MD, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J, Harrop-Griffiths J. Disabling tinnitus. Association with affective disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10(4): 285-91.

Tyler RS, Baker LJ. Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *J Speech Hear Disord* 1983; 48(2): 150-4.

Vital and Health Statistics. Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1994. Series 10: Data from the National Health Survey No. 193; US Department of Health and Human Services Public Health Service, CDC, National Center for Health Statistics, DHHS Publication No. (PHS) 96-1521.

Zöger S, Svedlund J, Holgers KM. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics* 2006; 47(4): 282-8.