Terapia cognitivo-conductual para el tinnitus

Martinez-Devesa P, Perera R, Theodoulou M, Waddell A

Cognitive behavioural therapy for tinnitus.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD005233.
DOI: 10.1002/14651858.CD005233.pub3.

El *tinnitus* se define como la percepción de sonido en ausencia de estímulo acústico externo. Puede percibirse en uno o ambos oídos, dentro de la cabeza o incluso fuera del cuerpo, y puede ser continuo o intermitente. Se describe en la mayoría de los casos como subjetivo: no puede ser percibido por nadie excepto el paciente. Puede desarrollarse con una audición normal o con cualquier grado de pérdida auditiva, y presentarse a cualquier edad. Se debe distinguir entre tinnitus normal[1] y tinnitus patológico[2]. Para el paciente, éste último puede ser intrascendente o puede convertirse en un trastorno invalidante, debido a la sensación de malestar que en ocasiones provoca; una especie de dolor auditivo comparable con el dolor crónico de origen central. Cuando los síntomas son graves, el tinnitus puede asociarse a depresión mayor, ansiedad y a otros trastornos psicosomáticos o psicológicos, que derivan en un deterioro progresivo de la calidad de vida. Entre los factores ambientales más frecuentes que pueden causar tinnitus se encuentra la exposición a niveles elevados de ruido en el trabajo. El trabajo en entornos ruidosos sin utilizar equipos de protección especiales aumenta el riesgo de desarrollar tinnitus junto con pérdida de audición.

El tinnitus puede interferir con la realización de una actividad laboral. Muchas personas con tinnitus piensan que influye negativamente en su trabajo. Tener tinnitus puede ser muy molesto, pero no necesariamente tiene que impedir que las personas que lo padecen disfruten de una vida satisfactoria y normal. Se han propuesto una gran variedad de tratamientos que van desde el uso de audífonos a intervenciones farmacológicas y una gran variedad de terapias. En la actualidad, no se conoce un tratamiento específico que resulte efectivo para todos los pacientes. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se desarrolló originalmente como un tratamiento para la depresión, y también se utilizó para la ansiedad, el insomnio y el dolor crónico. Es una forma de tratamiento psicológico estructurado y limitado –se ofrece de forma ambulatoria entre 8 y 24 sesiones–, que incluye técnicas de relajación, reorganización de pensamientos y exposición a situaciones de riesgo para mejorar la actitud del paciente frente al tinnitus.

La revisión que origina este comentario se llevó a cabo con el objetivo de evaluar si la TCC es efectiva como tratamiento del tinnitus. Como el tinnitus en sí mismo suele ser una experiencia subjetiva, el propósito de esta revisión fue considerar la mejoría subjetiva de los pacientes en la percepción de este síntoma después del tratamiento (medida como intensidad o volumen en una escala numérica), y sus efectos sobre el estado de ánimo y la calidad de vida. Se trata de una actualización de una revisión Cochrane publicada en 2007[3].

Se realizaron búsquedas bibliográficas sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados (ECA)[4] publicados, no publicados o en curso de publicación, en los siguientes recursos

Resumen elaborado por:
María del Mar Seguí (mm.segui@ua.es)

Sección coordinada por:
Consol Serra (consol.serra@upf.edu) y
Elena Ronda (elena.ronda@ua.es)

1. Tinnitus normal: dura menos de cinco minutos, se presenta menos de una vez por semana y es padecido por la mayoría de las personas.
2. Tinnitus patológico: dura más de cinco minutos, se presenta más de una vez por semana y es padecido (en general) por personas con pérdida auditiva.
3. Martinez Devesa P, Waddell A, Perera R, Theodoulou M. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD005233. [DOI: 10.1002/14651858.CD005233.pub2]
4. Ensayo controlado aleatorizado: Estudio en el que las personas son asignadas a dos grupos, uno (grupo experimental) recibe la intervención que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe una alternativa o no se le realiza ninguna intervención. Los dos grupos son seguidos a lo largo del tiempo para observar las diferencias en los resultados. La asignación aleatoria asegura que las diferencias existentes entre los participantes puedan quedar igualmente distribuidas en los dos grupos. Cuando no es posible la asignación aleatoria, hablamos de estudios controlados no aleatorizados.

electrónicos: the Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, EMBASE, CINAHL, LILACS, KoreaMed, IndMed, PakMediNet, CAB Abstracts, Web of Science, BIOSIS Previews, CNKI, ISRCTN, ClinicalTrials.gov, ICTRP y Google. Adicionalmente, se revisaron las listas de referencias de los ensayos identificados, y se realizaron búsquedas en PubMed, TRIP-database, NHS Evidence-ENT and Audiology y Google para localizar revisiones sistemáticas relevantes que ayudaran a identificar más ensayos, también se buscó en actas de congresos. La fecha de búsqueda más reciente fue mayo de 2010. Los criterios de inclusión fueron ECA donde los participantes presentaban tinnitus unilateral o bilateral como síntoma principal, no necesariamente asociado con pérdida de audición, con y sin depresión, que recibieron TCC frente a ningún tratamiento u otros tratamientos.

Cuatro revisores, de manera independiente y enmascarada, decidieron los ECA que cumplían los criterios de inclusión y clasificaron su calidad metodológica. Cualquier desacuerdo durante el proceso se resolvió mediante discusión entre los revisores y se consultó a los propios autores de los ensayos si se consideraba necesario para que resolviesen las dudas o facilitasen más información. Los criterios para la evaluación de la calidad siguieron las recomendaciones del *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*[5], que incluyen: la asignación aleatoria, el seguimiento adecuado y análisis por intención de tratar, el diseño ciego, la similitud de las características basales de los grupos y la igualdad de tratamiento de los distintos grupos. Se clasificaron los estudios en *adecuados*, *dudosos* e *inadecuados*.

Se incluyeron ocho ensayos con 468 participantes. Como variable de resultado primaria se consideró la intensidad subjetiva del tinnitus, y como variables de resultado secundarias la mejoría de los síntomas de depresión y trastornos del estado de ánimo, la valoración de la calidad de vida de los pacientes y los efectos adversos, tales como pensamientos negativos o tendencias suicidas, entre otros. Las variables se midieron pre y post tratamiento, y se calculó la diferencia de medias estandarizada (DME) como medida de efecto. Se combinaron los resultados de los ensayos mediante técnicas de meta-análisis[6] que incluyeron un análisis de la sensibilidad[7].

Los resultados no mostraron diferencias significativas en la intensidad subjetiva del tinnitus entre la TCC y ningún tratamiento –pacientes en lista de espera– u otra intervención –yoga, educación y educación de contacto mínimo–. Sin embargo, los pacientes en el grupo de intervención con TCC presentaron mejoría significativa en relación con la depresión en comparación con los que no recibieron ningún tratamiento (DME 0,37; IC95% 0,15-0,59), así como en relación con indicadores de calidad de vida en comparación con los participantes que no siguieron ningún tratamiento o se acogieron a intervenciones de otro tipo (DME 0,64; IC95% 0,29 a 1,00). Ello sugiere que la TCC no actúa sobre las causas fisiopatológicas del tinnitus, sino que tiene un efecto positivo en la manera en que las personas se enfrentan a esta patología. Aunque la TCC no "cura" el tinnitus, sí consigue mejorar el estado general del paciente. No se informó de efectos adversos de la TCC en los ensayos.

La calidad de los estudios en los que se basan los resultados fue valorada como adecuada. Todos los estudios tuvieron asignación aleatoria y únicamente un estudio tuvo mayor calidad que el resto con respecto a la ocultación de la asignación ("ciego"). En los estudios no hubo enmascaramiento de la intervención, por lo que existe la posibilidad de sesgo. Sin embargo, esto parece ser habitual en los ensayos con intervenciones de este tipo (TCC). No se pudo analizar el seguimiento a largo plazo en esta revisión, ya que en todos los ensayos que usan grupos control de lista de espera, los participantes en estos grupos reciben finalmente el mismo tratamiento después del periodo de espera inicial. Este hecho impide establecer cualquier conclusión acerca del efecto a largo plazo de la TCC para el tinnitus. Otra de las limitaciones es el gran número de herramientas de evaluación o cuestionarios utilizados en cada ensayo individual, lo que genera una amplia variedad de variables de resultado poco manejable y que dificulta la interpretación de los datos. En el futuro, debe alcanzarse un consenso para utilizar un número limitado de cuestionarios validados para la investigación en esta área.

5. Higgins JPT, Green S, editores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011. Disponible en: www.cochrane-handbook.org
6. Técnicas de meta-análisis: métodos estadísticos que permiten combinar los resultados individuales de cada estudio para obtener un estimador combinado del efecto.
7. El análisis de sensibilidad estudia la influencia de cada uno de los estudios en la estimación global del efecto y, por lo tanto, la robustez o estabilidad de la medida final obtenida. Este análisis consiste en la repetición del meta-análisis tantas veces como estudios seleccionados, de forma que cada vez se omite un estudio combinándose todos los restantes. Si los resultados de los distintos meta-análisis son similares, esto es, el efecto tiene una misma dirección, magnitud y significación estadística, se puede concluir que los resultados son robustos. En caso contrario, se pueden excluir del meta-análisis aquellos estudios que presenten falta de validez, justificándolo debidamente.