

PERCEPCION AUDITIVA EN EL ESTADO DEPRESIVO

Maria Montero-Rios Gil*

Cuando describimos la audición como la transformación de las vibraciones en sonidos cargados de sentimientos, emociones o ideas, parece que damos por concluido dicho fenómeno en una especie de rueda sobre sí mismo, como el perro que se muerde la cola. Reduciendo el fenómeno auditivo a un mecanismo más o menos preciso de recogida de información, olvidamos el papel que juega como intermediario directo entre dos funciones psicofisiológicas como son la audición y la fonación. Tal y como demostró el doctor To-

matís existe un completo paralelismo entre el audiograma y el fonograma de un sujeto; entre su forma de escuchar y de expresarse, entre su forma de percibir y comunicarse.

En el fondo, como dice Le Gall, lo que Tomatis nos recuerda es el carácter inmediato y de total imbricación audiofonatoria representado a nivel cortical por la «zona de Wernicke que ni es únicamente receptiva, ni únicamente motriz —ni únicamente auditiva, ni únicamente verbal—, sino ambas a la vez, centro de interconexión de la sensación auditiva y de la respuesta verbal».

En este sentido se entrecruzan los trabajos de Tomatis con los de E. Garde y R. Husson, en los que este último autor establece los puntos de unión audiofonatorios a tres niveles:

- A nivel bulbar, ligado al aspecto fisiológico.

- A nivel cortical, ligado a la expresión intelectual.
- A nivel talámico y diencefálico, ligado a la afectividad.

La calidad de la sensación registrada por la zona auditiva sensorial del cerebro y su interpretación, dependerán en gran medida de la calidad de los procesos de codificación realizados por las estructuras del oído interno.

De cara a la aproximación de la Audiopsicofonología en el tema que nos ocupa, pensamos que resultará clarificador centrar algunos puntos que permitan comprender las vías por las que nos es posible actuar a niveles tan profundos desde este enfoque, para algunos un tanto sorprendente.

Nos es conocido que frente al papel esencialmente intelectual que se le otorga a la corteza cerebral, la base del cerebro tiene un rol principalmente afectivo. Como base del cerebro entendemos: tálamo y cuerpos estriados por una parte y diencefalo (hipotálamo) por la otra. Los estímulos sonoros atraviesan en primer lugar el bulbo, después el diencefalo para llegar a la zona cortical donde la impresión sensorial se transformará en sensación, y el área psicoauditiva donde se transformará en percepción.

El tálamo implica la decodificación, a nivel afectivo, de la información, otorgándole un carácter de placer o displacer. En este sentido encontramos una relación entre diversos trastornos neurovegetativos y modificaciones del timbre y modulación de la voz; pudiendo llegar a ser orgánicamente dificultosa la fonación, que tiende a realizarse sobre un timbre monocorde y apagado. El cierre de las frecuencias agudas tiene una gran importancia en el nivel global de dinamización cortical.

La relevancia del cuerpo estriado se centra tanto por su acción tónica sobre la fonación como por su influencia en el

equilibrio general del tono (hipertonicidad-hipotonicidad).

Observamos en nuestra práctica que la estimulación audiovisual tal como se desarrolla a través de la Audiopsicofonología tiene un efecto de regulación sobre las funciones diencefálicas: principalmente oscilaciones del humor (estados tímicos) y regulación de los ciclos de vigilia y sueño.

En este sentido y a nivel de la fonación me parece interesante recordar los trabajos de Delay sobre la voz sorda, plana y destimbrada de los esquizofrénicos, o en los ciclotímicos en la fase depresiva; en comparación con el timbre agresivo, metálico y ácido en la fase de excitación maníaca. A nivel más cotidiano todos hemos experimentado la relación entre el estado de ánimo y la fluidez, riqueza verbal y comunicativa de un discurso.

Respecto a los estados de vigilia y sueño parece que si bien las alteraciones del sueño están ligadas a una disfunción de la actividad de la corteza cerebral, dicha alteración es consecuencia de otra de origen diencefálico. De ahí que el sueño podría ser considerado como una inhibición cortical de origen diencefálico sobre el que podemos incidir con un efecto de regulación a través de la Audiopsicofonología.

En resumen, podemos concretar la repercusión de la Audiopsicofonología en las situaciones depresivas en general en base a las siguientes interrelaciones:

- Correlación entre la situación afectivo-tímica y los procesos verbo-intelectuales.
- Correlación de la situación depresiva con la caída brusca de las frecuencias agudas desde 1.500-2.000 Hz, junto a un cierre más o menos total de la percepción de dichas frecuencias agudas.
- Correlación de la estimulación auditiva y el grado de actividad general, capa-

* Psicóloga-Pedagoga. Especialista en audiopsicofonología. Centro Tomatis de Valencia. Miembro de la Escuela Española de Terapia Reichiana.

cidad de reaccionar y de movimiento.

Centrándonos ahora en niveles más prácticos, podemos presentar la Audiopsicofonología como una pedagogía de la escucha, como un trabajo profundo a nivel de la percepción, y como una alternativa de estimulación y maduración de las múltiples interconexiones psico-neurológicas ligadas al sistema auditivo.

Resumiendo, hay tres planos básicos de actuación en la clínica: Sobre las funciones superiores a través de la dinamización cortical. Sobre los procesos psicomotrices y de la orientación espacio-temporal y equilibrio a través del aparato vestibular. Sobre el plano perceptivo y comunicativo por medio de la estructuración y activación de la capacidad de escucha desde su origen más arcaico.

Para llevar adelante esta metodología utilizamos un aparato especial y particular de estimulación puesto a punto por el doctor Tomatis: «el oído electrónico». Que en síntesis permite, gracias a un equilibrio de los complejos mecanismos auditivos, introducir la presencia de frecuencias y estímulos bloqueados o deteriorados (distorsionados) con la consecuente repercusión neuroemocional, optimizando al máximo las capacidades de dicho telerreceptor.

La avanzada tecnología de que disponemos permite reproducir los diferentes ambientes acústicos que confluyen en el desarrollo humano, desde el sonido filtrado propio de la vida intrauterina hasta el aéreo postnatal. Y desde la indiferenciación del control audiovocal en el lenguaje hasta el afianzamiento de su lateralidad.

Para ello es necesario primero realizar un diagnóstico fino del telerreceptor. En este sentido, no encaminado a saber cuánto, cantidad que un sujeto oye, sino el cómo escucha, calidad. El principal instrumento de diagnóstico y control es el Test de Escucha. En él valoraremos todas las relaciones de la percepción auditiva aérea-ósea,



en un mismo oído, y todas sus interrelaciones derecha-izquierda. También consideraremos la capacidad de discriminación selectiva y análisis de cada oído, las alteraciones en hipo o hiper audición de las frecuencias, las dificultades de localización espacial, las inversiones, entrecruzamientos..., y en general cuantas disarmonías se presenten.

En el caso de la situación depresiva encontramos frecuentemente una serie de particularidades a nivel del Test de Escucha, relacionadas como hemos venido diciendo con la pérdida en la capacidad perceptiva de las frecuencias agudas (más de 2.000 Hz) y también con las diferentes alteraciones tanto en dichas bandas frecuenciales como en su análisis discriminativo. Este hecho es comprensible tanto desde el carácter activador de las frecuencias agudas que se analizan en el Organó de Corti (caracol) en zonas de alta sensorialidad y proyectan a nivel cortical una gran dinamización. Estimulación responsable en parte del nivel tónico del sujeto, que en el estado depresivo se veía alterado y reducido. En la situación maníaco-depresiva es necesario considerar además ciertas características como por ejemplo el deficitario control vestibular, organizador del ritmo y el equilibrio.

Evidentemente, es necesario contextualizar el estado depresivo en base a la funcionalidad del mismo, en relación a la estructura caracterial del sujeto —neurótico, psicótico, bordeli-

ne siguiendo el esquema reichiano. En esta exposición no pretendemos abarcar tan amplio trabajo, sino añadir algunas aportaciones audiopsicofonológicas a su comprensión.

En este sentido recordamos que los sonidos agudos tienen una correspondencia con las primeras experiencias sonoras vinculadas al período neonatal y a la relación acústica y comunicativa con la madre. De ahí que las carencias de un sujeto para proporcionarse estimulaciones de este tipo pueden estar ligadas a la necesidad de utilizar mecanismos de defensa frente a ciertas agresiones arcaicas y primarias.

También nos es conocida la estrecha relación, tanto en el aspecto embriológico y neurológico como funcional, de los músculos de la cara y boca —implicados en la fonación—, y los del oído —implicados en la audición.

Por ello la importancia del «cómo» acontezca la fase oral, lactancia, destete... ya que el grado de tensión-frustración en la boca tendrá su correspondencia con la tensión auditiva y la puesta en marcha de la contracción muscular, afectiva y energética. Por contra observamos como tanto el movimiento de succión como la distensión de los maseteros tienen un efecto flexibilizador de la musculatura del oído medio.

Una vez más repetimos la necesidad de correlacionar el diagnóstico clínico y diferencial en base al síntoma depresivo con las alteraciones encontradas en el telerreceptor, con

el fin de situar y valorar la importancia y gravedad del bloqueo auditivo.

Otro de los mecanismos más frecuentes que hallamos es el cierre de la selectividad de una forma total o parcial, repercutiendo en este caso siempre sobre las frecuencias agudas. Es decir, la dificultad de estas personas para analizar correctamente los estímulos, lo que está en relación con una confusión a nivel perceptivo y una desorganización de las informaciones. Pudiendo junto a otros factores constituir un elemento de un estado confusional o ambivalente.

A modo de conclusión, el trabajo de estimulación en Audio-psicofonología abre la posibilidad de acercarse al oído a todas sus capacidades naturales, en especial la apertura a las bandas agudas generalmente deficitarias y de gran repercusión a nivel cortical. A través de un progresivo trabajo sobre la percepción, retomar informaciones primarias y por tanto de un alto poder madurativo y estructurante (primeros niveles —ojos, boca— según la visión reichiana), e incidir sobre el bloqueo parcial del oído, implicado asimismo en un cierre parcial de la capacidad de apertura al otro y al mundo.

Quede claro que las importantes posibilidades terapéuticas que se abren por vía de la Audio-Psico-Fonología, tanto a nivel pedagógico como psicológico, se articulan no como sustitutos de otras intervenciones analíticas o reeducativas, sino más bien como un instrumento complementario, optimizador y agilizador de las mismas ●

BIBLIOGRAFIA

- A. A. TOMATIS: *Vers l'ecoute humaine*. Ed. Esf, 1979. *L'oreille et la voix*. Ed. Laffont, 1988.
- LE GALL: *Le redressement de certaines deficiences psycho-pedagogiques par l'appareil a efect Tomatis*.
- FEDERICO NAVARRO: *La somatosicodinámica*. Ed. Orgón.
- ENERGÍA, CARÁCTER Y SOCIEDAD: Volumen 5, números 1 y 2, 1987. Volumen 3, número 1, 1985. Volumen 7, número 1, 1989.