

La musicoterapia en el grupo familiar del niño autista

Prof. Dr. Rolando O. Benenson

PRINCIPIOS DE LA MUSICOTERAPIA Y SU APLICACIÓN EN EL NIÑO AUTISTA

Existen dos principios fundamentales en que se basa la musicoterapia, entendiéndose, en este caso, la musicoterapia como la utilización de cualquier elemento sonoro, musical o no, para encontrar el canal de comunicación más regresivo y la formación de nuevos canales para empezar a través de ellos el proceso de aprendizaje y la recuperación del individuo para la sociedad.

Estos dos principios son: a) El principio de ISO, y b) La música como objeto intermediario.

a) ISO quiere decir igual y se basa en la búsqueda de la identidad sonora para que se produzca la comunicación no-verbal con el paciente.

En términos generales, el principio de ISO establece que, para comunicarse con el paciente, es necesario que el tempo mental coincida con el tempo musical. Es decir, que si pretendemos comunicarnos con un paciente maníaco, cuyo tempo mental es acelerado, rápido, inquieto, disperso, etc., se debe utilizar un tempo musical allegro, vivace, pizzicato; en cambio, si es un paciente depresivo, melancólico, cuyo tempo mental es lento, triste, reconcentrado, es necesario utilizar un tempo musical adagio, andante, triste, etc.

Si los tempi musicales y mentales no coinciden, es decir, que pretendiésemos comunicarnos con un paciente maníaco con un tempo musical suave o melodioso (como sería la idea profana de calmar al excitado con música suave), provocaríamos el inmediato rechazo o simplemente una total indiferencia por parte del paciente.

En términos más profundos, el principio de ISO establece la búsqueda de los elementos sonoros más regresivos, que sirvan al musicoterapeuta como camino para la comunicación con el paciente, pudiendo acoplar todos aquellos sonidos relacionados con los conflictos mentales y ambientales.

Debo aclarar que el principio de ISO no es un elemento rígido y estable, sino que se encuentra en constante movimiento. Es por eso que se estructura en la medida que se desarrolla la comunicación con el paciente. Es un proceso dinámico, cuyos artistas son ambos, terapeuta y paciente, creando una conjunción de los ISO tanto del terapeuta como del paciente.

Rev. Musical Chilena, 1977, XXXI, Nº 139-140, pp. 28-37

b) La música como objeto intermediario.

Este término es usado en psicodrama por el Dr. Rojas-Bermúdez. Utilizando títeres descubrió que a través de ellos podían establecerse vínculos que sacaban al paciente de su aislamiento y que le permitían posteriormente relacionarse, por ejemplo, con los yo-auxiliares. Observó, asimismo, que los mensajes emitidos por el títere recibían una respuesta que no lograba directamente el terapeuta. Es decir, que por circunstancias especiales, los pacientes respondían cuando la fuente emisora no era humana. Se descubrió el mismo fenómeno en todas aquellas circunstancias donde el paciente estaba en estado de alarma intenso o con alteraciones del esquema corporal. En todos los casos, el denominador común era el temor a ser invadido o penetrado por la fuente emisora cuando ella poseía las características humanas. Es decir, que el títere como fuente emisora, al no poseerlas, pasaba a ser un objeto inocuo para el paciente y, por lo tanto, utilizable terapéuticamente. Basándose en su calidad de objeto-cosa y en su función de intermediario, lo denominó objeto intermediario, definiéndolo como un instrumento de comunicación que permite actuar terapéuticamente sobre el paciente sin desencadenar estados de alarma intensos.

De esta forma, considero a la música, el sonido y el instrumento musical como "objeto intermediario", por las posibilidades que le brinda al terapeuta de establecer contacto con ciertos roles del paciente sin desencadenar reacciones de alarma. Este contacto es lo que permite ulteriormente la interacción de roles y, por lo tanto, la creación de vínculos.

La posibilidad del musicoterapeuta de comunicarse a través de la música y su instrumento, como si el instrumento y él fuesen una misma persona, permite al paciente comportarse como ante un objeto intermediario, sin darse cuenta de que ese objeto es casi una prolongación humana y a su vez permite al musicoterapeuta utilizar al objeto intermediario como si fuese su propia prolongación humana, que, en última instancia, a decir de Curt Sachs, es la génesis de los instrumentos musicales.

Comprendemos en este punto que ambos principios están íntimamente relacionados, ya que encontrar el principio ISO es haber descubierto un objeto intermediario.

Tratemos ahora de vincular estos principios con nuestra investigación.

La aplicación de estos principios para la terapéutica con el niño autista es tarea sumamente difícil; pero en eso reside el éxito. Una de las dificultades radica en que es necesario saber lo acontecido durante los nueve meses de gestación en el mundo sonoro que rodeó a la madre y, más aún, en el mosaico genético heredado. Por eso, la realización de la historia-musical del enfermo exige un interrogatorio profundo y paciente, para descubrir los

elementos sonoro-musicales familiares de padres y abuelos, y lo ocurrido durante la época gestacional.

Hace más de nueve años hemos comenzado a trabajar en el Instituto de Nivelación Psicopedagógica en Buenos Aires con la musicoterapia como primera técnica de acercamiento para el trabajo de recuperación del niño con características autistas, simbióticas y esquizofrénicas y su grupo familiar. Hemos logrado estructurar una experiencia piloto de tres niveles: un primer nivel, llamado *regresivo*, un segundo nivel denominado de *comunicación* —ambos trabajados exclusivamente con el niño— y un tercer nivel llamado de *integración*, en el que se trabaja con el grupo familiar. En el presente estudio, se presentará una breve síntesis de los dos primeros niveles y se profundizará nuestro trabajo en la musicoterapia del grupo familiar.

Yo parto del concepto que un niño autista es la prolongación patológica y deformada del psiquismo fetal y, por lo tanto, todo proceso de comunicación con estos niños tiene que basarse en crear un medio ambiente que favorezca las reminiscencias de la época gestacional.

En las tres figuras siguientes se grafica la concepción de lo que es un niño autista, simbiótico y esquizofrénico y su posibilidad de diferenciarlo de acuerdo a las respuestas que tenemos en musicoterapia.

En 1 observamos el Yo de un niño autista separado por una coraza del medio externo, no existiendo ningún estímulo que lo impacte, a excepción de aquel estímulo sonoro que pueda abrir el primer canal de comunicación.

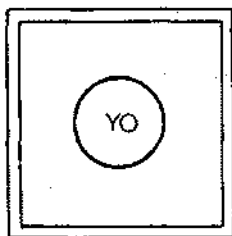


FIGURA 1 Estructura del niño autista

En 2 observamos al niño simbiótico que sólo se diferencia cuando está en presencia de la madre. En este caso, emite un pseudopodio hacia ella que le adhiere, pero que igualmente sigue sin comunicación.

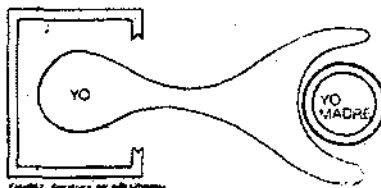


FIGURA 2. Apertura del niño simbiótico

En 3 observamos al niño esquizofrénico, cuyo Yo está dividido en varios compartimientos, permitiendo una comunicación bizarra (rara), pero con constante respuesta a los estímulos.

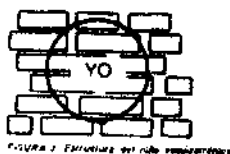


FIGURA 2. Estructura del niño esquizofrénico.

En el primer nivel, llamado *regresivo*, el objetivo es encontrar el sonido que impacte al niño y abra los primeros canales de comunicación. Trabajamos siempre individualmente con cada niño quince minutos. Los sonidos que se utilizan son el latido cardíaco, sonidos de inspiración y expiración, agua, los propios sonidos de los niños, entre otros. Se utiliza como objeto intermediario el agua, que permite juegos y contactos piel-agua-piel y, además, no ofrece resistencia de ningún tipo. Nosotros trabajamos en forma de pareja terapéutica, y en este nivel no utilizamos la palabra: toda nuestra conducta es no-verbal.

En el segundo nivel de la experiencia, la musicoterapeuta comienza a utilizar los sonidos que impactaron en el primer nivel, y los objetos intermedios serán los instrumentos musicales. También en este nivel se intenta la posibilidad del trabajo grupal con otros niños.

El tercer nivel, llamado de *integración*, está subdividido en dos partes: la primera es el trabajo con los padres solos, y la segunda con todo el grupo familiar, o sea, con el niño-problema. Considero regla fundamental en la recuperación de todo niño con características autistas el trabajo paralelo con el grupo familiar. A medida que abrimos canales de comunicación en el niño-problema, adaptamos ese grupo a los nuevos canales, sin lo cual es inútil pretender recuperar estos niños.

El grupo familiar en su convivencia diaria con el niño autista ha creado sistemas de comunicación estereotipados que se fueron endureciendo a medida que transcurría el tiempo, formando lo que yo llamo verdaderos "quistes de comunicación". Estos quistes tienen una doble etiología: por un lado un terreno sensible en la idiosincrasia patológica del grupo, y por el otro una falta de respuesta, un *feed-back*, que modifique el mensaje desde el niño hacia sus padres.

REGLAS FUNDAMENTALES PARA EL TRABAJO DEL GRUPO FAMILIAR EN MUSICOTERAPIA DE NIÑOS AUTISTAS

Considero que para realizar musicoterapia en un grupo familiar de un niño autista es necesario seguir ciertas reglas que hoy me permito presentar después de un largo período de experiencia.

1) Es necesario haber trabajado previamente un período extenso individualmente con el niño autista. Esto nos va a permitir conocer al niño, abrir canales de comunicación hacia nosotros y hacia el equipo de salud.

2) Es de mucha utilidad que el trabajo antes mencionado sea realizado desde el comienzo por una pareja terapéutica. En nuestra experiencia, la pareja terapéutica estaba formada por la musicoterapeuta y yo, o por la terapeuta especializada (madre substituta) y yo, según los casos y el nivel de la experiencia que realizamos. Una pareja terapéutica permite recibir de los pacientes proyecciones claramente identificables con las propias actitudes hacia los progenitores. Por ejemplo, es frecuente que los niños manifiesten algún rechazo hacia mí y busquen protección en la musicoterapeuta o viceversa. Esta dinámica da libertad para que el continente terapéutico, que forma la pareja terapéutica, permita mayor espontaneidad en las expresiones de los niños-problema, frente a reacciones nuestras no esperadas. Es decir, si el niño esperaba una orden mía o una represión y esto no ocurría, se modificaba el esquema del mensaje estereotipado del progenitor proyectado. La continuidad de esta pareja terapéutica en el contexto del grupo familiar facilita el enfrentamiento de los quistes de comunicación.

3) Durante la experiencia individual tenemos que haber encontrado y recreado varios y distintos canales de comunicación con el niño-problema. Es decir, que cuando nos enfrentamos al grupo familiar, nosotros como pareja terapéutica y el niño-problema, ya tenemos también una historia que se confrontará durante la musicoterapia del grupo familiar.

4) Un previo y paralelo conocimiento y acondicionamiento del grupo familiar, sin la presencia del niño-problema. En nuestra experiencia lo conseguimos de la siguiente manera: son indudables y comprensibles las dificultades para enfrentar una experiencia compartida de recuperación por las que pasa un grupo familiar de un niño autista. Por lo tanto, debemos ser muy cautos, cuidadosos, sensibles y ampliamente flexibles para conseguirlo.

En primer término, realizamos una entrevista con los padres, para relatarles la experiencia, contarles algunos de los resultados obtenidos y pedirles una primera colaboración, la que consiste en que nos graben en el Instituto los mensajes cotidianos que ocurren entre ellos y el niño en el transcurso de todos los días. Para esto, técnicamente se quedan solos en una ha-

bitación, manipulando un grabador donde quedarán grabados estos mensajes.

Esto da por resultado:

a) Los padres recrean en forma distinta, o sea, sin la presencia del niño, sus mensajes estereotipados.

b) Nos informan de un requisito material que lentamente configurará los quistes de comunicación que pretendemos diagnosticar.

Dejamos pasar unos meses y volvemos a tener otra entrevista. Luego de esto, le pedimos que vuelvan a grabar, pero modificando el mensaje o intentando un mensaje totalmente contrario al anterior. Técnicamente igual a la vez precedente.

Esto da por resultado:

a) Una toma de conciencia de algunos aspectos muy claros por parte de los padres de sus propios mensajes.

b) Un primer intento de movilización que a veces suele ser bastante dramático.

c) A nosotros nos permite evaluar la capacidad del grupo familiar de movilizarse, y, además, las posibilidades reconstructivas que pudieran tener frente a la ruptura de los quistes de comunicación.

De esta forma, el grupo familiar está más preparado para enfrentar el último paso de nuestra investigación, que será el más importante, o sea, el enfrentamiento con el niño-problema.

5) El grupo familiar al enfrentarse con el niño-problema y con nosotros como pareja terapéutica también exige algunas pautas que podemos analizar.

5.1) El contrato de trabajo debe ser limitado en tiempo. En el primer enfrentamiento, hacemos un contrato de cuatro sesiones que serán repartidas una vez por semana, en un mes, o dos veces por semana en dos semanas, de acuerdo a las posibilidades de los padres. Es decir, evitamos colocar al servicio de la resistencia cualquier elemento demasiado justificado, como puede ser el tiempo de trabajo.

5.2) Encaramos al grupo familiar como una experiencia de laboratorio espontánea, con consignas claras y de gran sentido común. "Saquémonos la corbata, pongámonos cómodos, busquemos formas de comunicarnos con vuestro hijo".

5.3) Evitamos todo tipo de interpretación de contenidos inconscientes, pues esto puede movilizar demasiado al grupo que ya de por sí lo está, y estaremos activando las resistencias. Necesitamos reforzar a estos padres en sus posibilidades yoicas, en sus capacidades creativas y constructivas. Necesitamos un trabajo doble de comprensión de los quistes de comunicación, ruptura y reconstrucción, y un trabajo gratificante.

5.4) Mantenemos un lenguaje verbal dentro de comentarios, sugerencias, aclaraciones, pautas de cambio, estrategias nuevas para las próximas sesiones, pero siempre dentro del contexto de la propia experiencia vivida *in situ*, en el aquí y ahora de esa sesión. Modificamos lo que vemos y vivimos juntos, sin invadir el contexto familiar cotidiano, que puede ser igual, semejante o distinto, pero en el que nosotros no estamos, no participamos, aunque somos conscientes que a partir de ese momento comenzaremos a estarlo. Técnicamente, este tipo de comentarios lo hacemos cuando el niño vuelve al aula y nos quedamos solos nuevamente con los padres y en algunos casos el resto del grupo: abuelos, hermanos.

Vamos a ejemplificar uno de nuestros casos del Instituto, sintéticamente. El caso que les relato es de una niña, Sili, de tres años, melliza de un hermano varón. Además, tiene otro hermano varón de cinco años. Desde muy temprano, llamó la atención de sus padres la diferencia de evolución con el hermano varón, ya que este último hacía evidentes progresos en cuanto a comunicación con el mundo exterior. En cambio, Sili no respondía a ningún estímulo. El padre nos refiere que ni siquiera haciéndole cosquillas en la barriga consigue hacerla reír; sólo está pendiente de sus manos, las que mira constantemente.

Todos los análisis complementarios y de laboratorio son normales. El examen cocleográfico parecería indicar que no existe respuesta auditiva ni a estímulos sonoros.

En el primer nivel de experiencia, Sili no respondió a ningún estímulo sonoro. (En general, solemos encontrar alguna respuesta a sonidos como el latido cardíaco o chasquido producido por los mismos niños, etc.). En el segundo nivel, la musicoterapeuta logró bastantes elementos de contacto, sobre todo de tipo ritmo-corporal, con suaves movimientos de canciones de cuna. La conducta típica de Sili era estar muy poco tiempo en el lugar en que se la sentara; inmediatamente comenzaba a desplazarse de un lado a otro de la habitación, siempre llevando un camino similar, y tomando y tirando al suelo cualquier objeto que encontraba, con bastante gracia y delicadeza.

El primer mensaje de los padres fue bastante elocuente: mostró una familia caracterizada por una hiperkinesia notable. Todo lo que se escuchaba eran órdenes, contraórdenes, comparaciones, clasificaciones, y todo en un mínimo de tiempo. Curiosamente, Sili, al ser expuesta a esta grabación, se mostró altamente hiperkinética, como no lo había sido hasta ese entonces. Al finalizar esa sesión tiró la bandeja al suelo y se orinó sobre la bandeja.

Se resolvió realizar las primeras cuatro sesiones de grupo familiar con la presencia del hermano mayor y del hermano mellizo.

Descripción de la primera sesión del grupo familiar

Casi inmediatamente después que ingresaron al cuarto los padres, el hermano mayor y el mellizo (aún no habían traído a Sili), quedó ampliamente visualizado el cuadro característico de la grabación. Los dos niños se abalanzaron en forma incontrolada sobre los instrumentos musicales, tocando, golpeando, probando dispersamente unos y otros, mientras los padres trataban por un lado de calmar a los niños y por el otro prestaban atención a nosotros y comentaban. Se les dio la consigna de trabajar con espontaneidad, comodidad, libertad de movimientos y que tomaran eso como una experiencia en la que todos estábamos involucrados.

Recién entonces la musicoterapeuta fue a traer a Sili, que se encontraba en un aula del Instituto. Ingresó Sili al aula. Los padres intentan acercarse y saludarla y besarla. Los hermanos siguen su juego (sordos y ciegos a la entrada de su hermana). Sili pasa cerca de los padres como si éstos no existieran, y se entromete entre sus hermanos, pisando los instrumentos. Luego camina de un lado a otro de la habitación, mirando hacia arriba en una aparente desorientación, pero, sin embargo, guardando siempre un ritmo repetitivo al caminar y describiendo una misma órbita dentro de la habitación. Durante los veinte minutos que estuvo presente Sili, se observaron los siguientes hechos sobresalientes:

a) La hiperkinesia de Sili fue en aumento en la medida que incrementaba la hiperkinesia del grupo familiar. Esto fue claramente evidenciado por un hecho contrario. Ante una estimulación con ritmos suaves y acompasados por parte de la musicoterapeuta que acompañaba una canción de cuna —la cual provocó una distensión del grupo familiar—, Sili disminuyó su actividad. Cada vez más controlada, calmó su paseo y se quedó quieta un largo rato, expectante.

b) La madre, con actitud pasiva, trataba de imponer cierto orden a todos, aunque no lo lograba.

c) El padre, autoritario, le daba órdenes al hijo mayor para que contuviera a su hermano, y al hijo menor o lo reprendía por las actitudes agresivas y de celos con su hermana, o se fastidiaba con los reclamos o el llanto. Por el otro lado, se observaba un exagerado afecto hacia Sili mediante besos, caricias, cosquillas, etc.

d) El hermano mayor se congraciaba con el padre cumpliendo estrictamente las órdenes de contención, valiéndose de su fuerza, controlando al hermano menor o a Sili, e identificándose con las actitudes del padre.

e) El hermano menor lloraba constantemente, ya sea porque era contenido por el mayor o porque no le prestaba la debida atención.

f) La musicoterapeuta intentó realizar un trabajo simple de movimiento

y ritmo con Sili, su tarea individual, común y diaria en el Instituto con la niña, pero fue prácticamente imposible realizarla en presencia del grupo familiar.

g) Fue muy notable la sobreestimulación que recibía la niña de parte de todo el grupo familiar, con invasiones de estímulos indiscriminados. Esto provocaba en Sili una respuesta también totalmente dispersa, que se volvía estereotipada, aun sin estímulo.

h) Sólo se consiguió una mínima atención cuando logramos integrar a todo el grupo familiar, con la participación de tanto en tanto de Sili, ya sea integrándola a la ronda, deslizándose por entre nosotros, o quedando en el centro de la misma.

Luego de veinte minutos de agotadora tarea de observación y de trabajo, la musicoterapeuta lleva a Sili al aula. Fue notable la calma que adquirió cuando volvió al aula nuevamente.

Nos quedamos comentando con los padres. Ellos opinaban que esa experiencia había sido muy parecida a lo que ocurría en casa diariamente. Luego de una charla acerca de los acontecimientos vividos en el aquí y ahora de la sesión, convenimos en planear una posible estrategia para la próxima sesión. Esta fue aceptada por los padres con agrado y atención. Los puntos que convenimos fueron los siguientes:

- 1) Tratar de disminuir la estimulación indiscriminada.
- 2) Dirigir mensajes definidos y simples a Sili, manteniendo cierta coherencia en todo el grupo familiar.

Nos conformamos con conseguir estas pautas.

Merece destacarse que en las próximas sesiones el grupo familiar logró actuar en el hogar positivamente, iniciándose incluso una reacción favorable de los padres hacia el resto de los hijos.

Me interesa recalcar, a modo de conclusión, que es tarea del musicoterapeuta, como integrante de la pareja terapéutica, ir fertilizando el gran útero que es el grupo familiar, para que esa inmensa soledad que es el niño autista pueda abrirse al mundo infinito y desconocido: este mundo que todos integramos y que apenas conocemos.

BIBLIOGRAFIA

- Benezon, Rolando, *Musicoterapia y Educación*. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- , *Musicoterapia en la Psicosis Infantil*. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Benenzon, Rolando y Antonio Yepes, *Musicoterapia en Psiquiatría*. Buenos Aires Barry, 1972.
- Claney H., Bride, "El Síndrome de Aislamiento en la Niñez". En *Develop. Med. Child Neurol.*, 17, 1975, pp. 192-219.

Kanner, Leo, *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires, Paidós, 1966.

Mahler, Margaret, *Simbiosis Humana: Las Vicisitudes de la Individuación*. México, Joaquín Mortiz, 1972.

Rascovsky, Arnaldo, *El Psiquismo Fetal*. Buenos Aires, Paidós, 1960.

Sontag, Lester W., "Efecto del Ruido Durante el Período del Embarazo Sobre el Feto y la Conducta Adulta Subsiguiente". En *Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia (ASAPPIA)*, I, 3/4, 1970.