

EL AUTISMO Y LA MÚSICA

M^a Fuensanta Gómez López

Musicóloga,

*Catedrática de Folklore y Jefe de Estudios
del Conservatorio Superior de Música*

Murcia 1995.

EL AUTISMO Y LA MÚSICA

Para comenzar sería conveniente dejar constancia, de que este trabajo pretende únicamente presentar la música como factor de una posible ayuda en ese complejo engranaje de recursos, amplio pero indudablemente escaso, conque se cuenta a la hora de tratar este tipo de alteraciones cuyo síndrome no se ha identificado hasta el año 1943, aunque el término autista ya había sido introducido por el eminente psiquiatra Eugen Bleuler en 1911.

Nos parece imprescindible si vamos a tratar el tema del Autismo, hacer una referencia más o menos breve a los pioneros Leo Kanner y Hans Arperger, que fueron los primeros en publicar descripciones acerca de esta materia durante los años 1943/44. Los dos coinciden en el empleo del término Autista para caracterizar la naturaleza de este trastorno, que presenta como cualidad más saliente la incapacidad de mantener unas relaciones afectivas normales con las personas. El concepto de autismo de Arperger, o como él designaba, “psicopatía autista” es evidentemente más antigua que la de Kanner. Arperger presenta casos que mostraban serias lesiones orgánicas, junto con otros que bordeaban la normalidad. Por tanto el término “síndrome de Arperger” se reserva a los pocos autistas casi normales, que poseen unas aceptables capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. Posiblemente no era esto lo que intentaba Arperger, pero a fin de cuentas ha resultado útil desde el punto de vista clínico. El síndrome de Kanner suele emplearse actualmente para hacer referencia a niños que presentan RASGOS NUCLEARES CLÁSICOS, que se asemejan esencialmente a las características que apuntaba Kanner y que ofrece así un patrón prototipo de rasgos.

Como premisas de referencia para describir el autismo clásico podemos citar:

LA SOLEDAD AUTISTA

EL DESEO DE PRESERVAR LA INVARIANCIA

LOS ISLOTES DE CAPACIDAD

Estos son aspectos que se dan en todos los casos, independientemente de que varíen los detalles, o se interrelacionen con otros problemas.

Con respecto a la soledad dice Kanner: “El trastorno fundamental es la incapacidad que tienen estos niños desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con

personas y situaciones, es decir, que desatienden, ignora y excluye todo lo que viene de fuera. Una profunda soledad domina toda su conducta”.

En relación al deseo de invariancia: “Los sonidos y movimientos del niño, todas sus actividades, son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontáneas, la conducta del niño se rige por un deseo ansiosamente obsesivo de mantener la invariancia”.

Respecto a los islotes de capacidad comenta: “El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la excelente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, la fenomenal memoria mecánica de poemas y nombres y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indican la existencia de una buena inteligencia”.

Arperger no se presta tanto como Kanner a las citas, su fuerza está en las descripciones detalladas y vivas. Sus intentos de relacionar la conducta autista con variaciones normales de la personalidad y la inteligencia, representan un enfoque único en la comprensión del autismo y lo plantea así:

- Nunca deja de estar presente esta peculiaridad característica de la mirada, no establecen contacto ocular parecen abarcar las cosas con breves miradas rotatorias.
- Los gestos y expresiones faciales son pobres.
- El uso del lenguaje siempre parece anormal, como poco natural.
- Los niños siguen siempre sus propios impulsos, con independencia de las exigencias del medio.
- No están preparados para aprender de los profesores ni de otros adultos.
- Tienen áreas de interés aisladas.
- Pueden tener una excelente capacidad para el pensamiento lógico abstracto.

Tanto Kanner como Arperger sugieren de forma independiente, que hay un trastorno profundo de los afectos y los instintos. Ambos acentúan las peculiaridades de la comunicación y las dificultades de adaptación social de los niños autistas. Los dos prestaron especial atención a los movimientos estereotipados y a esos patrones desconcertantes de logros intelectuales. La soledad autista sigue siendo el síntoma más importante en todos los intentos de diagnóstico. También es premisa a reseñar que el trastorno debe aparecer en el periodo temprano del desarrollo, es decir, antes de los tres años de edad. Sin embargo hay casos excepcionales de aparición más tardía. Podemos convenir que el trastorno social muy semejante al que caracteriza a los pequeños autistas, se encuentra muy frecuentemente en niños con retraso mental que no son autistas con arreglo a otros criterios. Puede haber un daño cerebral amplio, pero que no afecte al sistema crítico, o puede producirse un daño que afecte sólo a dicho sistema en cuyo caso se encuentra la forma más pura del autismo.

La doctora Lorna Wing y su equipo, se adentraron en el estudio de la Comberwell, en el cual la deficiencia social se define por la incapacidad de participar en interaccio-

nes bidireccionales. Trataron de captar la cualidad de la deficiencia e identificaron tres tipos diferentes, a los que han llamado:

AISLADO, PASIVO Y EXTRAÑO.

Aunque un mismo niño puede mostrar los tres tipos de conductas en situaciones diferentes, resulta posible caracterizarle en términos de conducta predominante. Queda abierta la posibilidad de que todos los niños con triada de alteraciones, formen parte de un sólo continuo y compartan una misma anomalía subyacente.

Ahora bien, el momento de comienzo de una alteración tiene una importancia crucial ¿Qué sucede con los niños que se hacen psicóticos después de los cinco años, pero antes de la pubertad? ¿Se parecen sus síntomas a los del autismo o a los de la esquizofrenia? A pesar de que la esquizofrenia y el autismo sean entidades diagnósticas fáciles de distinguir, en la edad adulta algunas personas autistas, se parecen en la superficie de su comportamiento a cierto tipo de pacientes esquizofrénicos.

En el momento actual al estudiar las psicosis en la infancia desde el punto de vista nosológico, se puede hacer una triple distinción:

- Autismo infantil, en su forma completa y residual.
- Trastornos profundos del desarrollo, en su forma completa, residual y atípica.
- Esquizofrenia infantil.

Un criterio diagnóstico importante en la actualidad es el que se refiere a trastornos del lenguaje y comunicación, así como prestan también especial atención a la falta normal de actividad imaginativa, en su referencia al juego y la ficción. La resistencia a cambiar de rutinas es común, pero no tiene porqué darse en todos los casos. El autismo es una entidad diferenciadora no sólo por un conjunto de rasgos clásicos, sino también porque sigue un curso temporal característico. Podemos afirmar que no es un fenómeno moderno, aún cuando sólo se haya reconocido en tiempos relativamente modernos. Teniendo en cuenta lo corta que es la historia de la psiquiatría, y más aún de la psiquiatría infantil, sabemos que un trastorno descrito recientemente, no necesariamente es un trastorno reciente. En los registros médicos a lo largo de la historia, hay casos que provocan inevitablemente la sospecha de la existencia del autismo.

DIFERENTES REACCIONES PROVOCADAS POR EL ESTÍMULO MUSICAL

A principios del 1990 varios médicos, y especialmente fisiólogos, se ocuparon del estudio biológico de la música. M. Getty y Héctor Berlioz hicieron interesantes observaciones acerca de la acción de la música sobre el pulso y la circulación. Haller, fisiólogo, describe que el redoble del tambor aumenta el flujo de la sangre que se escapa de una vena abierta. J. Dogiel publicó en Rusia trabajos que pueden considerarse científicos acerca de la influencia que ejerce la música en la circulación sanguínea. Hizo actuar tonos aislados producidos por diapasones, instrumentos de cuerda y de viento, sobre los animales y el hombre, midiendo luego la presión sanguínea y la acción cardíaca. Tanto

los animales como el hombre reaccionaban a los estímulos de los sonidos con una aceleración de la actividad cardíaca y un aumento de la presión sanguínea, pero estas reacciones eran mucho más intensas en los animales; en el hombre eran muy variadas.

Como última premisa se puede decir que la importancia del tema musical reconocido, como de la repetición en música, son puntos en los cuales se ha profundizado en el aspecto psicológico.

LA MÚSICA EN EL AUTISMO INFANTIL

En la aplicación de la musicoterapia en el autismo infantil, se plantean problemas que exigen una adaptación a la metodología y técnicas específicas. Evidentemente, no cabe duda que la musicoterapia es para el niño autista la primera técnica de acercamiento, pues el encuadre no-verbal es lo que permite a estos niños establecer los canales de comunicación.

EL PRINCIPIO DE ISO Y EL OBJETO INTERMEDIARIO

Alsthuler en sus observaciones clínicas de la aplicación de la musicoterapia, constató que los pacientes deprimidos pueden ser estimulados con mayor prontitud con música triste que con música alegre. Los pacientes maníacos cuyo tempo-mental es más rápido, pueden ser estimulados más rápidamente con un allegro que con un andante. A partir de estas observaciones y según teorías del Dr. Benezon, se ha elaborado la concepción del principio de ISO como elemento fundamental tanto teórico como práctico. ISO quiere decir igual, y resume la noción de existencia de un sonido o conjunto de sonidos o fenómenos internos que nos caracteriza e individualiza. Es un fenómeno de sonido y movimiento interno que resumen nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras de nacimiento e infantiles, hasta nuestros días. En términos muy simples se puede ejemplificar el principio de ISO diciendo que para producir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, debe coincidir el tempo mental del paciente con el tempo sonoro-musical ejecutado por el terapeuta. Podemos distinguir entre ISO GESTÁLTICO, que es el que permite descubrir el canal de comunicación del niño autista con quien pretendemos tener una relación terapéutica.

ISO COMPLEMENTARIO son los pequeños cambios que se operan día a día en cada sesión, por efecto de las circunstancias ambientales específicas.

EL ISO GRUPAL está ligado al esquema social en que el sujeto se integra y es fundamental para conseguir una unidad de integración en un contexto no-verbal.

EL OBJETO INTERMEDIARIO es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos. El instrumento musical y el sonido o los sonidos que emiten, pueden considerarse objetos intermediarios que tienen identidad propia y una situación vital. El instrumento, si es tocado por cualquiera de los dos dará su identidad sonora,

pero aún no tocándolo está en vibración o entrará fácilmente en ella a cualquier emisión sonora de ambos.

EL INSTRUMENTAL, todo elemento capaz de producir un sonido audible, o que pueda producir un movimiento capaz de ser vivenciado como mensaje, será parte integrante de los elementos técnicos de la terapia.

No sólo tendrán importancia los instrumentos Orff, o Montessori, sino también el propio cuerpo, la voz, las palmas, los muslos, sin olvidar la voz y el canto.

Los mebráfonos tienen la ventaja que puede obtenerse sonoridad no sólo en la percusión sino también si son rozados, rasgados, raspados, con lo cual se abre una gama múltiple de sonoridades.

La pandereta tiene la virtud de que puede ser percutida con distintas partes del cuerpo, palmas, muslos, rodillas, etc, entre los más pequeños se incluyen los platillos, chinchines, campanillas, triángulos que permiten el desplazamiento a través del aire, lo cual estimula el movimiento o la danza. El xilófono y metalófono pueden ser interesantes desde el punto de vista melódico por la dinámica de cambios que brinda, en su práctica en musicoterapia se podrá percutir sobre su propia caja acústica o de resonancia. La voz el canto son los elementos más regresivos y resonantes, por tal motivo deben ser empleados con mucho cuidado y táctica adecuada.

Podemos establecer tres niveles sucesivos de trabajo:

El primer nivel llamado de regresión: en esta primera etapa el niño es sometido a sonidos empáticos y se produce la apertura de canales de comunicación y la ruptura de núcleos defensivos. En este nivel se utilizan técnicas de musicoterapia pasiva, entendiéndose esta cuando el niño es sometido a sonidos sin consignas previas. El caso de niños autistas o psicóticos es el único en que se podría hablar de musicoterapia pasiva. En todos los demás casos aunque el paciente sea sometido a sonidos, existe actividad por parte del sujeto que está respondiendo de una u otra manera al sonido que percibe. En el segundo nivel el sujeto se comunica con el musicoterapeuta, quien aprovecha los canales de comunicación abiertos en el primer nivel para introducirse como ser humano. El tercer nivel o de integración, cuando en mayor o menor grado se consigue una comunicación con el medio que lo rodea y su grupo familiar, se aprovechan también los canales de los niveles anteriores.

Los gráficos siguientes muestran el concepto de autismo, simbiosis y esquizofrenia y las posibilidades de diferenciarlos, de acuerdo a las respuestas obtenidas a través de la musicoterapia.

El gráfico 1 muestra el YO de un niño autista, separado del medio externo por una especie de caparazón de cristal sólo atravesado aparentemente por el sonido que abrirá el primer canal de comunicación.

El gráfico 2 muestra el niño simbiótico, que sólo se diferencia del anterior cuando está en presencia de la madre. Entonces envía un seudópodo que rodea a la madre adhiriéndose a ella, pero sin comunicación o con un tipo de comunicación patológica.

El gráfico 3 muestra el niño esquizofrénico. El YO está dividido en varios compartimentos, lo que permite establecer una comunicación en el interior de estos compartimentos, siendo por tal causa un tanto extraña, pero con una respuesta constante a los estímulos.

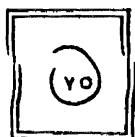


Gráfico 1. Estructura del niño autista.

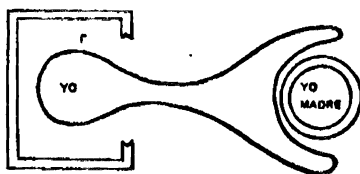


Gráfico 2. Estructura del niño abolido.

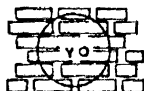
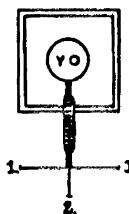


Gráfico 3. Estructura del niño esquizofrénico.



1. Sonido.
2. Instrumento.
3. Fuente sonora, objeto-hombre.
Gráfico 4

El gráfico 4 muestra el primer paso, que es la búsqueda del sonido que penetre a través de la coraza de cristal e impacte el YO del niño autista. Esto significará que habremos encontrado parte del ISO de este niño.

En esta etapa se usan tres series de sonidos:

1) Sonidos pertenecientes al contexto más primitivo, de fuerte contenido regresivo, como por ejemplo latido cardíaco, sonidos de inspiración y expiración, sonidos de agua; 2) sonidos estructurados, como por ejemplo fragmentos sinfónicos; 3) sonidos electrónicos. El paso siguiente es introducir un instrumento como objeto intermediario que reproduzca el sonido que impactó al yo el niño. Imperceptiblemente esto llevará al tercer paso que es la conexión con el musicoterapeuta que trabajando con el objeto intermediario y con el sonido hallado, estará estableciendo la primera conexión definida con el niño. El cuarto paso que ocurre simultáneamente al anterior, es el canal de comunicación que se produce en forma inversa, o sea, desde el yo del niño, constituido por la respuesta al estímulo.

Esto permite usar como quinto paso, el mismo canal de comunicación abierto por la respuesta ya sea a través de la imitación de la misma expresión del niño (ejemplo chasquidos o sonidos guturales, a través del juego con el agua, etc.)

Técnicamente se desarrolla de la siguiente forma:

Se usa un aula distinta a la habitual del gabinete de musicoterapia. Se trata de mantener la misma decoración durante toda la experiencia, de tal forma que lo único que varíe sea el estímulo sonoro. Sobre la mesa habrá una fuente redonda de metal con un poco de agua. La razón de ello es para que golpeando con los dedos pueda producir sonido o vibraciones; y redonda para que pueda girar de manera que obtenga así dos elementos que de por sí pertenecen al mundo del niño autista. Conviene tener un recipien-

te con agua para utilizarla durante la experiencia, para derramar agua sobre las manos del niño, salpicar, etc. La utilización del agua como objeto intermediario se debe a las siguientes razones: 1) Le da posibilidades al niño de una respuesta no-verbal y no oral a través del juego con el agua. 2) El agua es un elemento común, conque el niño convive diariamente, tiene características regresivas muy placenteras y además es difícil encontrar un niño autista que rechazara el agua, por el contrario son atraídos en grado sumo por dicho elemento. 3) Permite al musicoterapeuta utilizar técnicas de movimiento y juego, salpicando, haciendo ritmo y por otra parte tomando contacto piel con piel, mediante la caricia a través del agua, ya que estos niños rechazan cualquier contacto, ante el menor atisbo de intentarlo. Una grabadora reproducirá los distintos sonidos que pretendemos descubrir. Las sesiones deben ser individuales, diarias y con una duración de 15 minutos cada día. El niño es acompañado al gabinete por el profesor. El lo sienta en la silla. De un lado se sienta El profesor y del otro el musicoterapeuta. Los 15 minutos de audición están divididos en: cinco minutos de un determinado ejemplo sonoro, los siguientes cinco minutos de un ejemplo totalmente contrastante al primero y luego cinco minutos nuevamente del primer ejemplo.

Pueden ser, cinco minutos de sonido electrónico sinusoidal, luego cinco minutos de Fragmentos sinfónicos y después nuevamente cinco minutos de sonido sinusoidal. Durante estos 15 minutos se observan las manifestaciones espontáneas del niño. Según esto, se le ponen las manos en contacto con el agua y se observa; o se juegan a través de ella, los ritmos, las caricias, agua/piel, agua/piel, etc.

Otro ejemplo que no está incluido en las sesiones referidas anteriormente: cinco minutos de chasquidos grabados directamente de uno de los niños, o sea su propia expresión, rechinar de dientes; luego cinco minutos de latidos del corazón o finalmente, cinco minutos del primer ejemplo. En esta experiencia no hablan ninguno de los integrantes de la pareja terapéutica. De esta forma es posible descubrir elementos sonoros que impacten al yo del niño autista, que no respondía a ningún sonido, se ha podido observar una estimable modificación cuando escuchó los sonidos de inspiración y expiración que le produjeron una conducta de ansiedad, inspirando y expirando fuertemente. Cumplido así el primer paso, la musicoterapeuta puede continuar con la siguiente fase, que es la de introducir la flauta como elemento intermediario, pero no utilizándola como productor de melodías, sino para inspirar y expirar dentro de ella. Más tarde se puede llegar a conseguir que el paciente tome la flauta realizando lo mismo, hasta que lentamente aparezcan los sonidos. Desde aquí gradualmente comienza el trabajo de recuperación e introducción, por esos mismos canales abiertos por la musicoterapia, de otras técnicas de entrenamiento.

A medida que el niño va adquiriendo más y más canales de comunicación, permite la introducción de las técnicas habituales anteriormente, siempre teniendo en cuenta el trabajo en equipo con el resto de técnicas de entrenamiento.

Como conclusiones podemos plantear, que puesto que nuestro objetivo principal con los niños psicóticos es el de establecer la relación ¿cómo no recurrir a la música que ejerce ese poder de comunicación? La música está por encima de todo lenguaje y no tiene fronteras ¿Porqué no va a alcanzar a los que parecen vivir en un mundo que no comprendemos? Sin embargo en psicomotricidad, la elección de la música y la manera de presentarla puede condicionar considerablemente el resultado terapéutico. Para que el niño esté dispuesto a recibirla, es necesario salir a su encuentro, ponerse en el diapason

de su actividad corporal, improvisando la música adecuada en cada momento. Entonces es posible seguirle en todas sus evoluciones, perseguirle, estrechar el cerco y llegar a un acuerdo con él que con tanta frecuencia vive al margen de los otros. Y a veces el propio niño, con sus marchas y sus detenciones provoca y ordena las oscilaciones de la música. Se siente seguro con este soporte sonoro que le confirma que se está con él, sin tocarle, sin agredirle. La música también permite introducirse en el comportamiento rítmico de ciertos niños a los que le gustan determinados tipos de balanceo. Acompañarles en estos movimientos repetitivos, luego modificar sensiblemente la cadencia, romperla y hacerles llegar al establecimiento de un nuevo ritmo que les puede ayudar a abandonar su universo cerrado y abrirse algo más a la realidad. De esta forma la música se convertirá en el trampolín que impulsa y llama a reunirse con el otro. La música puede tejer lazos invisibles que ayuden a descubrir el espacio, a traspasar sus fronteras, a exteriorizar la emoción. Es un medio entre otros, pero un medio increíble, que nos permite salir al encuentro del niño psicópata para ayudarlo a convertirse en alguien que mire a los seres y a las cosas sin tener miedo, simplemente a ser alguien, pero alguien que esté contento de vivir.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- B. HERMELIN Y N. CONNOR (1970) *Psychological Experiments with autistic children*. Oxford.
- M. SIGMAN Y J. UNGERER (1984) Attachment behaviors in autistic children. *Journal of Autism and Developmental disorder*.
- R.P. HOBSON (1986) The autistic child appraisal of expressions of emotion. *Journal of child Psychology and Psychiatry*.
- D.M. RICKS Y L. WING (1976) *Lenguaje, comunicación and use of symbols in normal and autistic children*.
- A. H. ATTWOOD. U. FRITH Y B. HERMELIN (1968) The understanding and use of interpersonal gestures by autistic and Down's syndrome children. *Journal of autism and developmental disorders*.
- U. FRITH (1972) Cognitive mechanisms in autism: Experiments with color and tone sequence production. *Journal of autism and childhood Schizophrenia*.
- L. WING (1979) *Mentally retarded children in Camberwell*. London ed Estimatin needs for mental health care. Berlin: Springer.
- L. KANNER (1946) Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *Journal of Psychiatry*.
- CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. (1991) *Autism and Asperger's Syndrome*.
- CLARA C. PARK. *Ciudadela sitiada*. Fondo de cultura económica. Méjico (1979).
- CL. LAUNAY S. BOREL-MAISONNY (1968) *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz*. Ed Masson.
- BERGIJK W. PIERCE J. (1983) *Las ondas y el sonido*. Eudeba. Buenos Aires.
- R. BENEZON (1984) *Musicoterapia en psiquiatría*. E. Barry. Buenos Aires.
- R. VILLARD (1986) *Psicosis y autismo del niño*. Ed. Masson. Barcelona.
- J. ALVIN (1967) *Música para el niño disminuido*. Ed. Ricordi. Buenos Aires.
- A. EISTEIN (1965) *Historia de música*. Buenos Aires. Claridad.
- R. STEBAR (1966) Aproximación al problema del proceso musical. *Revista de psicoanálisis*. Buenos Aires.
- R. TARAGONO (1978) *Psicoanálisis gestáltico*. Paidós. Buenos Aires.