



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE ARTES
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA EN ARTES

EFFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO
COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS
DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA
ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME

Alumno: Sedini Viancos, Mara
Profesor guía: Osorio Riveros, Hugo

Memoria para optar al grado Licenciada/o en Artes

Santiago, 2021

Agradecimientos

Ha sido un largo camino recorrido para escribir esta tesis. La motivación no ocurrió al momento de comenzarla, sino que varios años antes, cuando postulé a Casa Belén para realizar intervenciones musicales a niños pequeños que viven en esa residencia. La posibilidad de aportar con mis herramientas musicales al beneficio de niños vulnerados fue mi primera y gran motivación para escribir esta tesis. Por eso quiero agradecer profundamente a la Fundación San José, específicamente a Casa Belén, por abrirme las puertas y confiar en los beneficios de este arte para los niños. Gracias a Irene Budnick por acercarme a este mundo y compartirme tus emotivas y hermosas experiencias, de tantos años junto a estos niños.

A Martín, por ser mi roca. Por acompañarme en este proceso y aguantar infinitas negativas porque necesitaba escribir. Por entender lo que los niños significan para mí, y que este proyecto no es un deber, sino que una motivación personal y para nuestra familia.

Por último, agradecer a mi profesor de tesis, Hugo Osorio. Gracias por confiar en mí y desafiarme. Por entregarme todo tu conocimiento y experiencia y entender, desde el corazón, lo que significa este proyecto para mí y ayudarme a reflejarlo. Sobretudo gracias por reconocer mi estilo y motivarme a traspasar mi alma y emoción a estas hojas.

Introducción

La siguiente tesis busca encontrar, en las artes, herramientas reparativa para uno de los conflictos más importantes de nuestra sociedad, que son nuestros niños vulnerados.

Uno de los ejes principales en la discusión social, en relación a la igualdad de oportunidades en nuestro país, es la educación. Esta tiene como principio entregarle a los niños y jóvenes herramientas para poder desarrollarse y desenvolverse en el mundo. Pero poco escuchamos hablar de la educación preescolar. Aquí entramos a un tema mucho más complejo, ya que esa educación no está en las manos del estado sino que está en las familias. Lo que llamamos educación en los primeros años de vida, se refiere al concepto mejor definido como estimulación temprana. La estimulación temprana es el proceso de desarrollo cognitivo, o sea del entendimiento y reacción sobre nuestro ambiente, en los primeros años de vida. Diversos estudios han demostrado la importancia para el desarrollo intelectual, psicológico, físico y de personalidad que tiene el crecer en un ambiente donde los niños son queridos, protegidos, y acompañados mientras descubren el mundo.

¿Pero qué ocurre con los niños que no están en un hogar donde reciben todas estas herramientas? En Chile, cuando los derechos de un niño han sido vulnerados gravemente¹, existen mecanismos de protección, los cuales a través de tribunales de familia, arrancan a los niños de sus familias nucleares para ponerlas a cargo del Estado. El organismo encargado es el Servicio nacional de Menores (SENAME) que depende del Ministerio de Justicia. Según la situación en que se encuentre el niño, será puesto a disposición de diferentes programas (de manera temporal o definitiva). A grandes rasgos, estos programas pueden ir desde Familias de Acogida, Programas de Residencias y Adopción.

Según lo anterior, la mayoría de los niños entra en los programas de residencia. Las residencias son instituciones administradas por el Sename (aunque actualmente está en

¹ **Vulneración grave de derechos implica violencia física o psicológica, abuso sexual, desatención, negligencia, abandono y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad de los niños (Fiscalía 2021).**

transición a Mejor Niñez) o por colaboradores privados de éste, que reciben a los niños y tienen a su responsabilidad su cuidado. El problema al que se enfrentan estos niños, es que no son expuestos (ni es su casa o residencias) al cariño, cuidado y estimulación que necesitan. Esto tiene consecuencias enormes en su desarrollo y en cómo enfrentarán el mundo el futuro.

A partir de esto, se analizará el rol que tiene la música en la estimulación temprana. Diversos estudios y escuelas de terapias alternativas han demostrado la importancia de las artes en el desarrollo de la percepción, la motricidad y la interacción social. Además de ser un motor relevante para la lectura, las matemáticas y el lenguaje. Las escuela de arteterapia y musicoterapia además, han demostrado tener efectos curativos en los distintos trastornos psicológicos y neurológico.

El estudio se basará en entrevistas a profesionales y personas con experiencia con niños en residencias del Sename. Estas llevarán a comprender los ejes fundamentales a las cuales el análisis debe enfocarse: trauma, apego y reparación. Estos ejes permitirán comprender cuáles son los elementos fundamentales para finalmente presentar una metodología de implementación.

La importancia de esta investigación está en unificar dos áreas que están muy estudiadas pero que no han sido complementadas en materia social en Chile. A través de las artes, y específicamente la música, podemos diseñar programas para ayudar a suplir el abandono y el déficit de estimulación y apego que viven los niños en residencias sociales. Además cómo a través de las características curativas del canto, podemos generar apegos reparativos a los traumas existentes.

La invitación de esta tesis es introducirse en la realidad del mundo de los niños vulnerados para encontrarles una luz desde las aristas terapéuticas de la música, y especialmente de la voz.

ÍNDICE

1. Capítulo 1:	8
1.1 Antecedentes.....	8
1.1.1 Funciones Cognitivas.....	8
1.1.1.1 Teorías Cognitivistas.....	10
1.1.2 Primera Infancia.....	17
1.2 Problematización.....	20
1.2.1 Planteamiento del problema.....	20
1.2.2 Pregunta de investigación.....	22
1.3 Objetivos.....	23
1.3.1 Objetivo General.....	23
1.3.2 Objetivos Específicos.....	23
1.4 Justificación.....	23
2. Capítulo 2: Marco Teórico	25
2.1 Desarrollo y estimulación temprana.....	25
2.1.1 Estimulación infantil temprana: Qué es y su importancia...25	
2.1.2 Etapas de desarrollo en los niños y actividades fundamentales en cada una de ella.....	30
2.2 Servicio Nacional de Menores (SENAME)	42
2.2.1 Historia.....	42
2.2.2 Objetivos y funcionamiento.....	44
2.2.3 Sistema Residencial.....	47
2.2.4 Residencias de protección para lactantes y pre- escolares con programa adosado de intervención residencial (RLP-PER).....	48
2.2.5 Servicio Mejor Niñez.....	50
2.3 La música como terapia alternativa.....	52
2.3.1 Música, cultura e identidad.....	52
2.3.2 Musicoterapia.....	53

2.3.3	Musicoterapia y primera infancia.....	64
2.3.4	Efectos de la música en el desarrollo cognitivo de niños entre 0 y 3 años.	66
3.	Capítulo 3: Marco Metodológico	63
3.1	Enfoque.....	63
3.2	Tipo de investigación.....	69
3.3	Unidad de estudio.....	69
3.4	Muestra.....	69
3.5	Técnicas de producción de datos.....	70
3.6	Técnicas de análisis de la información.....	71
4.	Capítulo 4: Análisis de Resultados.....	73
4.1	Trauma Psicológico.....	74
4.1.1	Neurosis de Sigmund Freud.....	76
4.1.2	Donald Winnicott: agresividad y angustia.....	79
4.1.3	Estrés y ACE.....	83
4.1.4	Institucionalización y trauma.....	85
4.2	Apego.....	87
4.2.1	Bases de construcción del apego.....	87
4.2.2	Definiciones y tipología.....	88
4.2.2.1	Teoría del Apego de Bowlby.....	88
4.2.2.2	Trastorno del Apego Reactivo (TAR)	93
4.2.2.3	Sincronía de Ruth Feldman.....	95
4.2.3	Negligencia.....	100
4.3	Reparación.....	101
4.3.1	Reparación Neuropsicológica.....	101
4.3.2	Realidad y rol de los cuidadores.....	105
4.3.3	La voz y los efectos en la estimulación y apego.....	108
4.3.4	La voz en la rehabilitación cognitiva.....	111
5.	Capítulo 5: Proyecto de Intervención Musical.....	115
5.1	Métodos de intervención musical social para programas de protección social.	115

5.1.1	Muda y baño: conversaciones cantadas y apego.....	118
5.1.2	El Juego: libertad, seguridad y expresión.	124
5.1.3	El sueño: tranquilidad, balance y entrega.	127
5.1.4	A comer: compartir y escuchar sin distracciones.....	131
5.2	Implementación según edad.....	133
6.	Conclusiones.....	135
7.	Bibliografía.....	145
8.	Anexos.....	153
8.1	Pautas de Entrevistas.....	153
8.1.1	Psicólogos.....	153
8.1.2	Voluntarias.....	154
8.1.3	Musicoterapeutas.....	154
8.2	Consentimientos informados.....	156
8.3	Entrevistas.....	156
8.3.1	E1.....	161
8.3.2	E2.....	175
8.3.3	E3.....	194
8.3.4	E4.....	206
8.3.5	E5.....	214

1. CAPÍTULO 1

1.1 ANTECEDENTES

Para entender y profundizar en esta investigación, es necesario introducirnos en tres áreas estudios que son la estructura fundamental para comprender este proyecto: las funciones cognitivas, la primera infancia y la musicoterapia.

1.1.1 Funciones Cognitivas

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten realizar cualquier tarea basada en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información (Neuronup 2001). “Es la capacidad que tenemos los seres vivos de procesar la información a partir de la percepción (estímulos que nos llegan del mundo exterior a través de los sentidos), el conocimiento adquirido con la experiencia y las características subjetivas que nos permiten integrar toda esta información para valorar e interpretar el mundo” (Cognifit Research como citó Shatil E., 2013)

Según estudios de Neuronup (2001), las funciones cognitivas más importantes son:

1. **Atención:** La atención es el proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno (Neuronup 2001 como citó a Ballesteros, 2000)
2. **Orientación:** la conciencia de uno mismo en relación a las características que le rodean: espacio, tiempo e historia personal. Requiere la integración de la atención, la percepción y la memoria (Lezak, 2004).
3. **Memoria:** La memoria es la capacidad de codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida o un suceso vivido

4. **Gnosias:** la capacidad que tiene el cerebro para reconocer información previamente aprendida como pueden ser objetos, personas o lugares a través de nuestros sentidos.
5. **Funciones ejecutivas:** Las funciones ejecutivas son actividades mentales complejas, necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para adaptarse eficazmente al entorno y para alcanzar metas (Neuronup 2001 como citó a Bauermeister, 2008)
6. **Praxias:** las habilidades motoras adquiridas. En otras palabras, son los movimientos organizados que realizamos para llevar a cabo un plan o alcanzar un objetivo
7. **Lenguaje:** El lenguaje es una función superior que desarrolla los procesos de simbolización relativos a la codificación y decodificación
8. **Cognición social:** Conjunto de procesos cognitivos y emocionales mediante los cuales interpretamos, analizamos, recordamos y empleamos la información sobre el mundo social. Hace referencia a cómo pensamos acerca de nosotros mismos, de los demás y su comportamiento y de las relaciones sociales, y cómo damos sentido a toda esa información y emitimos comportamientos en base a ella.
9. **Habilidades visoespaciales:** Son la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente.

Las funciones cerebrales están presente en todas las actividades que realizamos en nuestro día a día. Cada una de ella depende de millones de conexiones cerebrales que reconocen diferentes partes del cerebro. Debido a este complejo sistema es que somos capaces de procesar información y desenvolvemos correctamente en nuestro entorno.

Todo este proceso de información se genera en el sistema cognitivo. Este sistema se encarga de recibir, seleccionar, transformar, elaborar, recuperar y transformar la información que el cerebro recibe del medio en que se encuentra y las experiencias que ha vivido. Todo este proceso determina nuestras operaciones mentales, desde las más sencillas a las más complejas.

1.1.1 Teorías cognitivistas

Existen varias teorías cognitivistas (Ovejero 2013), que son aquellas que buscan darle explicación a ciertas conductas mediante procesos mentales y cómo éstos determinan la percepción que tenemos del mundo, determinando nuestra personalidad y conductas.

Teoría Cognitiva de Piaget

Precursora de todas las teorías, cuya interpretación se basaba en que los niños están constantemente intentando interpretar el mundo. Plantea que a través de patrones predecibles del desarrollo, van alcanzando la madurez a medida que interactúan con el entorno. Pensaba que los niños van construyendo dinámicamente el entendimiento del ambiente usando las herramientas que ya conocen para ir interpretando nuevas interacciones, hechos y objetos. Se enfocaba en cómo piensan los niños acerca de un problema y sus soluciones. Supone que el desarrollo cognoscitivo implica cambios en la capacidad del niño para razonar acerca del mundo y su entorno.

Plantea que se produce una interacción entre el niño y el medio que le rodea, y que el niño parte con una herencia biológica que determinara su aprendizaje. Introduce los conceptos de asimilación, donde se incorpora una experiencia al esquema cognitivo, que resulta en una modificación del conocimiento existente. Así, se irán creando nuevos esquemas y modificando. Piaget estableció cuatro estadios de desarrollo:

- *Sensoriomotor (de 0 a 24 meses)*: es un periodo en que la adquisición del conocimiento se basa en las acciones que el niño realiza sobre el medio y sobre sí mismo. El aprendizaje está basado en la acción y percepción de los sentidos. Además tiene los siguientes subestadios:
 - Subestadio 1 o de mecanismos reflejos.
 - Subestadio 2 o de reacciones circulares primarias.
 - Subestadio 3 o de reacciones circulares secundarias.
 - Subestadio 4 o de la coordinación de los esquemas de conducta previos.

- Subestadio 5 o de los nuevos descubrimientos por experimentación.
 - Subestadio 6 o de las nuevas representaciones mentales.
- *Preoperacional (de 2 a 7 años):* se caracteriza por la capacidad de interpretar el entorno de manera simbólica. Predomina el desarrollo del lenguaje, y la capacidad del niño de pensar y comunicarse. La función simbólica es la capacidad de representar lo real por medio de una serie de significantes que son diferentes a los objetos, acciones o personas representados. Se distinguen tres tipos de representaciones: señales o índices, símbolos, signos: La función simbólica o semiótica se puede manifestar de las siguientes formas: Juego simbólico, imitación, imágenes mentales, dibujos, lenguaje: supone el máximo nivel de representación de la función simbólica.
 - *Operaciones concretas (de 7 a 11 años):* su pensamiento muestra menor rigidez y mayor flexibilidad. El niño entiende que las operaciones pueden invertirse o negarse mentalmente. El niño puede fijarse simultáneamente en varias características del estímulo. Ya no se fija en estados estáticos sino que ahora comprende transformaciones y ya no basa sus juicios en la apariencia de las cosas.
 - *Operaciones formales (desde los 12 años):* los niños comienzan a formarse un sistema coherente de lógica formal. Cuenta con las herramientas cognoscitivas que le permiten solucionar muchos tipos de problemas de lógica, comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas, ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos. El cambio más importante es que el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible. En esta etapa razonan lógicamente, pero sólo en lo tocante a personas, lugares y cosas tangibles y concretas.

En su teoría, Piaget pensaba que los niños organizaban su conocimiento a través de esquemas. Estos esquemas se definen como acciones físicas, operaciones mentales, de conceptos y teorías con los cuales organizamos la información que obtenemos del mundo. Dos principios básicos, que Piaget llama funciones invariables, son determinantes el desarrollo intelectual del niño. El primero es la *organización* que define como la predisposición innata en todas las especies. El segundo principio es la *adaptación*, en que

todos los organismos nacen con la capacidad de ajustar sus estructuras mentales o conducta a las exigencias del ambiente.

Piaget utilizó los términos *asimilación* y *acomodación* el proceso de adaptación del niño al entorno. La asimilación moldea la información nueva para que encaje en sus esquemas actuales, o sea, es el proceso que consiste en moldear activamente la nueva información para encajarla en los esquemas existentes. EL proceso de modificar los esquemas actuales se llama acomodación. Éste consiste en modificar los esquemas existentes para encajar la nueva información discrepante. Según Piaget, los procesos de asimilación y de acomodación están estrechamente correlacionados y explican los cambios del conocimiento a lo largo de la vida.

Piaget creía que el conocimiento iba evolucionando a lo largo de una serie de etapas. La forma en que un niño piensa, es cualitativa y cuantitativamente diferente en cada una de esas etapas. Existen cuatro características de las etapas:

- Las etapas son invariantes y siguen un orden fijo, pero aun así las personas pueden tener tiempos y ritmos diferentes en la aparición de ellas.
- Existe una estructura de conjunto característica de cada estadio. Las nuevas estructuras cognitivas surgen para resolver problemas con una complejidad similar.
- En tercer lugar, los estadios son jerárquicamente inclusivos, esto es, las estructuras de un estadio inferior se integran en el siguiente. O sea, en el estadio de las operaciones concretas se mantienen todos los progresos del período sensoriomotor, y puede decirse que las operaciones concretas se construyen sobre los logros del período preoperacional.
- La transición entre estadios es gradual. El paso entre estadios no es abrupto, ya que en cada uno de ellos se encuentra una fase de preparación y otra en la que se completan los logros propios de esa etapa.

Existen también las *teorías psicodinámicas* que explican el desarrollo de la personalidad. Es la forma en que los niños definen su “yo” y regulan sus instintos y la forma de enfrentar el mundo:

Teoría psicosocial de Erikson:

Erik Erikson ideó su teoría psicosocial en base a la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud. En esta nueva visión destacó los aspectos sociales de éstas, en cuatro etapas fundamentales:

- Enfatizó la *comprensión del ‘yo’* como una fuerza intensa y una capacidad organizadora de la persona, capaz de reconciliar las fuerzas sintónicas y distónicas. De esta forma puede resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico de cada persona.
- Destacó el contexto de las *etapas de desarrollo psicosexual* de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial.
- Integró la idea de *desarrollo de la personalidad* desde la infancia a la vejez.
- Realizó estudios acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad.

Dentro de las ideas de reinterpretación de Erikson en base a los conceptos de Freud, que es según este último, el desarrollo sexual explicaba el desarrollo evolutivo de las personas. En este contexto, Erikson define que a medida que los individuos recorren las diferentes etapas, se genera una conciencia debido a la interacción social.

Por otro lado, Erikson propone una teoría de la competencia, en donde cada etapa vital da pie al desarrollo de una serie de competencias. Si en cada una de las nuevas etapas de la vida del individuo, logra desarrollar la competencia correspondiente a ese momento vital, se experimentará una sensación de dominio. Erikson la conceptualiza como fuerza del ego. Esta adquisición de competencias genera herramientas para ayudar a resolver los obstáculos que se presentarán durante la siguiente etapa vital. Para Erikson, cada una de las etapas se

ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual. Cuando la persona logra resolver cada uno de los conflictos, crece psicológicamente. Es en estos conflictos que las personas encuentran un potencial de crecimiento. También hace énfasis que en los fracasos también se puede encontrar potencial de crecimiento.

La idea de redefinición de Erikson, en base a la teoría de Freud, establece ocho etapas en la vida de las personas, en las cuales se generan conflictos entre conceptos opuestos. La función de cada etapa es superar estos conflictos y prepararse para la siguiente. Las etapas fundamentales son:

1. *Confianza vs Desconfianza (0- 18 meses)*: Este estadio depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre. Esta relación determinará forma de establecer vínculos con las personas a lo largo de la vida. En esta se fundamenta la confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad. La calidad de las relaciones determinará como enfrenta estos sentimientos.
2. *Autonomía vs Vergüenza (18 mese- 3 años)*: Durante este estadio el niño comienza su desarrollo cognitivo y muscular. Aquí comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Es un proceso de inicio de las sensaciones de dudas y vergüenza. En esta etapa, los logros detonan sensación de autonomía y de independencia.
3. *Iniciativa vs Culpa (3- 5 años)*: Etapa de rápido desarrollo físico e intelectual. Aumentan los intereses de interacción con otros niños y sus habilidades sociales. Es una etapa de curiosidad, donde es importante incentivarles la creatividad.
4. *Laboriosidad vs Inferioridad (6- 12 años)*: generan interés por cómo funcionan las cosas y buscan participar de las actividades, demostrando sus habilidades y conocimientos. Es una etapa esencial para la estimulación positiva, que determina fuertemente su autoestima.
5. *Exploración de la Identidad vs Difusión de Identidad*: es la etapa de la adolescencia. Durante este estadio existe la constante pregunta: ¿quién soy? Hay mayor independencia y se comienza a tomar distancia de los padres. Se produce la exploración de sus propias posibilidades, y su identidad va basándose en el

las experiencias vividas. Es normal que en algunas ocasiones se sientan confusos acerca de su propia identidad.

6. *Intimidad frente al Aislamiento*: Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente. Las personas empiezan a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza.
7. *Generatividad frente al Estancamiento*: Este estadio transcurre entre los 40 hasta los 60 años. Las personas dedican y priorizan su tiempo a su familia. Se busca equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad asociada al futuro propio al de la familia. Se busca sentirse útil y necesitado.
8. *Integridad del yo frente a la Desesperación*: Este estadio se produce desde los 60 años hasta la muerte: Es un momento en el que el individuo es menos productivo o deja de serlo. La vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, existen muchos duelos alrededor de la vida de las personas.

También están las *teorías culturales-contextuales*, cuyos fundamentos se enfocan en la interacción entre las personas y su contexto histórico, social y cultural:

Teoría del constructivismo social de Vygotsky

Determina que el desarrollo cognitivo depende de la interacción sociocultural y del lenguaje. El contexto en el cual el individuo está inserto determinará su desarrollo psicológico. Por ende, esta modelación depende de las interacciones sociales que tiene el niño. La construcción de su personalidad es parte de un proceso en el cual piensa, expresa, comparte, y a partir de eso construye. Se basa en el intercambio de estímulos con el medio y la construcción en base a eso.

Vygotsky considera cinco conceptos que son fundamentales (Rafael 2008):

- *Funciones mentales*: existen dos tipos: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están

determinadas genéticamente. Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esa sociedad. Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente. El conocimiento es resultado de la interacción social, y a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales.

- *Habilidades psicológicas*: las funciones mentales superiores se desarrollan y aparecen en dos momentos. En un primer momento, las habilidades psicológicas o funciones mentales superiores se manifiestan en el ámbito social y, en un segundo momento, en el ámbito individual. Por lo tanto "sostiene que en el proceso cultural del niño, toda función aparece dos veces, primero a escala social, y más tarde a escala individual. Primero entre personas (interpsicológica) y después en el interior del propio niño (intrapsicológica). Afirma que todas las funciones psicológicas se originan como relaciones entre seres humanos.
- *Herramientas del pensamiento*: es el desarrollo cognoscitivo en función de los cambios cualitativos de los procesos del pensamiento. Son herramientas técnicas y psicológicas que emplean los niños para interpretar su mundo. En general, las técnicas sirven para modificar los objetos o dominar el ambiente; las segundas, para organizar o controlar el pensamiento y la conducta.
- *Lenguaje y desarrollo*: la herramienta psicológica que más influye en el desarrollo cognoscitivo según Vygotsky. Distingue tres etapas en el uso del lenguaje: la etapa social, la egocéntrica y la del habla interna.
- *Zona de desarrollo proximal*: incluye las funciones que están en proceso de desarrollo pero que todavía no se desarrollan plenamente.

Teoría ecológica de Bronfenbrenner

Consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional. Se basa en explicar que el entorno en el que crecemos afecta a todos los planos de nuestra vida. Así, nuestra forma de pensar, las

emociones que sentimos o nuestros gustos y preferencias estarían determinadas por varios factores sociales.

Urie Bronfenbrenner, observó que la forma de ser de los niños cambiaba en según el contexto en el cual crecían, por lo que enfocó su estudio en cuáles eran los elementos que más influían en el desarrollo infantil. Identificó cuatro sistemas, aunque en versiones posteriores se incluyó un quinto. Éstos se entendía como un conjunto que se relacionaban entre sí, por lo que el desarrollo del niño dependerá de su relación con los demás. Por lo mismo, los cambios de entorno o culturales, pueden afectar directamente.

Esta teoría define ciertos niveles ambientales que rodean a las personas desde que nacen, y provocan el desarrollo del individuos:

- **Microsistemas:** interacciones diarias como padres, amigos, hermanos
- **Mesosistemas:** son las relaciones entre microsistemas. O sea, entre padres, padres con amigos, profesores, hermanos.
- **Exosistemas:** entornos que no se relacionan de manera directa con la persona pero que si afectan. Abuelos, trabajo de los padres.
- **Macrosistemas:** lo que se encuentra al margen del ambiente familiar. Cultura, religión, país, Estado y valores.
- **Cronosistema:** Momento histórico.

1.1.2 Primera Infancia

El concepto de primera infancia, pese a que existe un consenso general de sus límites, tiene algunas diferencias dependiendo de los distintos autores y objetivos con los cuales se trate. Para efectos de este trabajo nos enfocaremos en la definición de Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO 2021) que determina

que la primera infancia es “un periodo que va del nacimiento a los ocho años de edad, y constituye un momento único del crecimiento en que el cerebro se desarrolla notablemente”

La primera infancia se considera como “la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital” (Irwin, Siddiqi, Hertzman 2007). Esta etapa envuelve de manera integral el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo. El correcto desarrollo de estos elementos permite un evidente efecto en factores como obesidad, retardo en el desarrollo, salud mental, enfermedades cardíacas, habilidades numéricas, de lectura-escritura, criminalidad y participación económica para la vida. Por lo mismo, es que las características del hogar del niño son determinantes.

Según la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en los primeros años de vida, y en particular desde el embarazo hasta los 3 años, los niños necesitan nutrición, protección y estimulación para que su cerebro se desarrolle correctamente. Más del 80% de las conexiones neuronales de los bebés se forman en los primeros 3 años, y 15 minutos de juegos puede generar miles de conexiones neuronales. Unicef plantea 3 pilares fundamentales para contribuir al desarrollo cerebral de los niños: comer, jugar y amar.

Según el Center on the Developing Child de la Universidad de Harvard, el desarrollo temprano, particularmente desde el nacimiento hasta los 3 años, es la base fundamental para el desarrollo educacional, económico, ciudadano, de salud, la creación de comunidades y una paternidad exitosa a futuro. Los estudios muestran que el desarrollo sensorial y de lenguaje está en su máximo desarrollo dentro del primer año de vida, mientras las funciones cognitivas no alcanzan su punto culmine hasta los 3 años. Por lo que podemos concluir que entre el nacimiento y los 3 años de edad, los niños experimentan el desarrollo neuronal fundamental para sus funciones futuras.

La primera infancia es indiscutiblemente una etapa fundamental para el desarrollo vital de cada individuo. Es la etapa en la cual se generan las bases para aprendizajes posteriores. Es el momento en que el estado del desarrollo cerebral genera una sinergia entre la herencia

genética y las experiencias ambientales, generando un aprendizaje que configura habilidades sociales, emocionales y cognitivas.

La Neurociencia ha estudiado fuertemente el impacto de los primeros años en el desarrollo de las personas, según como los rasgos genéticos y las experiencias van diseñando la arquitectura cerebral para luego determinar el comportamiento humano. Durante la primera infancia, el cerebro experimenta cambios excepcionales asociados al aprendizaje, la sensibilidad, a los estímulos, a las emociones, a los recursos físicos. Este tiempo requiere de un entorno de protección, cuidado, estimulación y cariño, donde el niño se sienta protegido y querido, libre de experimentar.

Según la OEA (2010), esta etapa que abarca desde el nacimiento hasta los ocho años de edad, y marca el periodo más significativo en la formación del individuo, debido a que en ella se estructuran las bases del desarrollo y de la personalidad, y durante cada etapa se genera una consolidación y perfeccionamiento de la anterior. Es el periodo en que las estructuras neuro- fisiológicas y psicológicas están en pleno proceso de maduración y debido a esto es que, la calidad y cantidad de influencias que reciban los niños y niñas del entorno familiar, socioeconómico y cultural los moldearán de una forma casi definitiva. Desde esta perspectiva, le llaman la etapa para cuidarse. La primera infancia se caracteriza por un notable crecimiento físico y significativo desarrollo sensorial y perceptivo. También se observan los inicios de habilidades emocionales, intelectuales y sociales, del lenguaje y gran parte de las más diversas formas de expresión: cantar, bailar, moverse, llorar, pintar. La OEA cita diversas organizaciones que han determinado que las experiencias físicas, sociales, emocionales, cognitivas y sensoriales, a las cuales están expuestos los bebés, son determinantes para la arquitectura de su sistema nervioso y desarrollo del cerebro. Este desarrollo puede afectarles para toda la vida. Es por esto que padres, educadores, psicólogos, asistentes sociales y toda persona que conviva con ellos, tiene como responsabilidad atenderlo y estimularlo. Existe consenso acerca de la importancia de la primera infancia como un periodo de fuerte impacto en la calidad de vida posterior de la persona, por tratarse de una etapa de significativo crecimiento y desarrollo cerebral, en donde la alta plasticidad que posee el cerebro permite que las experiencias

vividas lo modelen tanto estructural como funcionalmente. Al comprender que las experiencias van a influenciar en como se diseña su cerebro, es muy relevante tener oportunidades, recursos y ambiente adecuados, ya que en pocos años estos niños y niñas tendrán que aprender muchas cosas: escuchar, hablar, caminar, escribir, leer, interpretar el mundo que los rodea, seleccionar, clasificar, inferir, entre tantas otras capacidades, base para todos los aprendizajes posteriores.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN

1.2 .1 Planteamiento del problema

El maltrato infantil es un problema mundial, que tiene consecuencias graves en los niños, niñas y adolescentes (NNA) y que puede generar problemas que perduren para toda su vida. La pobreza, drogadicción, salud mental y negligencia son parte de los factores fundamentales por los que ocurren la mayoría de los abusos (OMS 2020).

El maltrato infantil es la exposición a abusos o desatención a los que puede estar expuesto un menor de 18 años. Existen diversas formas de maltratos que están definidas entre violencia física o psicológica, abuso sexual, desatención, negligencia, abandono y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del NNA, o poner en peligro su supervivencia (Fiscalía 2021)

En Chile, en el año 1979 se crea, por el Decreto Ley N° 2.465 el Servicio Nacional de Menores (SENAME), cuya objetivo es promover, proteger y retribuirle los derechos a los NNA que han sido vulnerados o hayan violado la ley. Es un organismo gubernamental, centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile. Una de las áreas principales del Sename, que depende del Departamento de Protección, es el programa de residencias. Los niños y niñas de 0 a 6, víctimas de graves vulneraciones de

derechos como negligencia grave, maltrato grave, abandono cesión voluntaria de los padres/madres biológicos, son separados temporalmente de sus familias de origen, mediante una orden judicial.

La separación de los niños de sus padres o cuidadores, está pensada en alejar a los niños de cualquier situación de vulneración. En muchos de estos casos, los abusos o negligencias han sido sistemáticas y han generado importantes daños físicos y psicológicos de los menores. Cuando esto ocurre los NNA son puestos en cuidado de programas de Familias de Acogidas Especializadas (FAE) o en Programas de Residencias. Existen muchos programas de residencias dependiendo de las edades, estados de salud y necesidades de los NNA. En esta tesis nos enfocaremos en los programas de **Residencia de Protección Lactantes y Preescolares con Programa Adosado (RLP- PER)**.

La importancia de pertenecer a un hogar estable es fundamental para el desarrollo de cualquier niño. Es el cimiento para que reciban una educación basada en los afectos y en las relaciones significativas. La familia, no importa cual sea su conformación, no sólo se encarga de resolverle sus necesidades básicas de alimento y vestimenta, sino que además es parte fundamental de su desarrollo emocional y social. La forma en que un adulto enfrenta el mundo se basa, en gran parte por la construcción psicológica que tiene de él desde pequeño y las herramientas que desarrolló. Su hogar es quien le aporta a crear su personalidad, le brinda seguridad, respeto, afecto y apoyo emocional (Center of the Developing Child (CODC) 2007).

Desde el embarazo y los primeros años de vida, el cerebro de los bebés experimenta el momento de desarrollo y producción neuronal más rápido, y las experiencias que viva durante ese proceso determinarán la estructura de su cerebro en torno a su nivel de solidez o fragilidad. En esos momentos, todos sus circuitos neuronales están abiertos a todas las experiencias y estimulaciones que existan a su alrededor. Tanto las buenas como las malas. De la calidad de estas experiencias es que depende cómo se modela su desarrollo cognitivo y emocional. Si estas experiencias se basan en interacciones receptivas y confiables el

desarrollo debiese ser saludable. Por el contrario, si su experiencia es sistemáticamente adversa, el desarrollo normal puede interrumpirse debido a que el cerebro del niño está expuesto a estrés. Diversos estudios, a nivel mundial, demuestran que niños que han sido institucionalizados desde una edad temprana muestran actividad cerebral muy inferior a niños en hogares estables.

En esta dramática situación, es que nace el cuestionamiento de cómo podemos aportar a aminorarla. Abrimos a nuevas perspectivas que puedan reducir los daños de estos niños y plantear un posible mejor futuro. Los que venimos de las áreas de las artes conocemos los múltiples beneficios que éstas tienen. Desde hace siglos que se han comprobado los efectos de la música en el tratamiento de diversas enfermedades y trastornos. De ahí nace la musicoterapia cuyo objetivo es usar los elementos musicales como tratamiento para mejorar la calidad física, cognitiva y emocional, entre otras, de las personas.

La musicoterapia utiliza todos los elementos de la música como el ritmo, la armonía, las melodías, la dinámica, color, textura, tono, etc. A través de ellos se busca la expresión e interacción. El desarrollo del lenguaje y la expresividad son parte del proceso social de cognición social que determina el cómo entendemos el mundo, el ambiente y expresamos los afectos (Bruscia, 2007)

A partir de este planteamiento es que esta tesis busca utilizar la música, y específicamente el canto, ya que este es un instrumento que tenemos todas las personas, para ayudar a disminuir los efectos de subdesarrollo cognitivo de los niños en residencias. Sabemos que existen muchísimas deficiencias, pero el objetivo es enfocarnos en el área de estimulación psico-cognitiva para lograr disminuir, en lo posible, las brechas que en un futuro determinarán sus capacidades de integrarse a la sociedad.

1.2.2 Pregunta de investigación

¿Es posible, utilizar el canto, como terapia alternativa, en el desarrollo cognitivo de niños entre 0 y 3 años en programas de residencias de protección para lactantes y pre- escolares con programa adosado de intervención residencial (RLP-PER) del Sename.

1.3 OBJETIVOS

1.3 .1 Objetivo General

Determinar los efectos del canto, como terapia alternativa, en el desarrollo cognitivo de niños entre 0 y 3 años en programas de residencias de protección para lactantes y pre- escolares con programa adosado de intervención residencial (RLP-PER) del Sename y proponer una metodología de aplicación.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1) Entender la importancia del desarrollo y estimulación infantil temprana.
- 2) Comprender el contexto social que viven los NNA en residencias y generar un diagnóstico cognitivo general de niños en programas de protección social entre 0 y 3 años.
- 3) Determinar los efectos de la música como terapia alternativa, específicamente aplicados a través del canto.
- 4) Desarrollar un método de intervención musical social para programas de residencias enfocados en niños entre 0 y 3 años

1.4 JUSTIFICACIÓN

La forma en que los niños experimentan sus primeros años de vida determina cómo se moldea su personalidad y sus capacidades a futuro. Como sociedad tenemos la responsabilidad de aportar para que el futuro de nuestros niños no se determine por cómo ni dónde les tocó nacer, sino que por sus capacidades individuales. Pero los niños, que han sufrido maltrato y han sido alejados de sus familias de origen para ser dejados en residencias donde no obtienen suficiente estimulación, están siendo privados de obtener herramientas que serán fundamentales para su futuro. Algunos de estos niños, logran ser ubicados con Familias de Acogida Especializadas (FAE), lo cual les permite crecer en un ambiente familiar y más estable, pero estas familias no alcanzan para todos los niños que hoy se encuentran en situaciones vulnerables y deben ser enviados a residencias.

Desde las artes no podemos quedarnos al margen y debemos aportar con nuestras habilidades. Se han estudiado profundamente los beneficios que tiene la música como terapia alternativa para generar mejorías, físicas, sociales, emocionales y cognitivas, por lo que no es muy lejano pensar que se pueden desarrollar políticas públicas de intervención artística en residencias sociales con el fin de darle más herramientas y oportunidades a estos niños.

Lo que busca esta tesis, es precisamente generar un aporte social, desde las artes, a los niños que han sido vulnerados. Es importante entender los beneficios de las artes y cómo pueden influir en cambiar el rumbo de la vida de estos niños.

Esta información no pretende eliminar los caminos tradicionales de cuidados de los niños, que son sus tratamientos médicos, psicológicos y de intervención social. Este proyecto busca determinar los aportes de la música como un factor alternativo y complementario a los tratamientos tradicionales.

Finalmente, lo que pretende esta investigación es visibilizar la realidad cognitiva en que viven los niños que son institucionalizados en residencias del Sename, y buscar aportes que puede hacer la música de manera terapéutica, transformándola en una disciplina inclusiva que permita utilizar sus elementos para distintos beneficios sociales.

2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

En relación al tema de estudio, nos encontramos que existe una gran variedad de autores, del área de la psicología y neurología, que han estudiado los procesos cognitivos en niños de primera infancia y entre 0 y 3 años. Existe una gran cantidad de bibliografía que respalda la importancia que tiene en el desarrollo cerebral de un niño, la presencia de estímulos asociados a los afectos. Por otro lado, la musicoterapia, ha logrado definirse como una terapia reconocida a nivel mundial, con importantes autores que han investigado profundamente los beneficios neuronales y psicológico que provocan en la vida de las personas. En los siguientes capítulo, conoceremos la realidad estimulativa y cognitiva que viven los niños entre 0 y 3 en residencias del Sename. Existe mucha investigación acerca de la estimulación y la musicoterapia, pero el desarrollo de un trabajo conjunto entre ambas áreas no se ha planteado ni propuesto en los distintos proyectos de política pública en Chile. El impacto de esta investigación, está en generar una propuesta directa, uniendo las investigaciones científicas, sociales y políticas que permitan proponer una forma de aporte a la realidad que viven cientos de niños, durante su estadía en las residencias.

2.1 DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

“Los patrones de la música y de todas las artes son las claves del aprendizaje”
(Platón)

2.1.1 Estimulación infantil temprana: Qué es y su importancia.

Para entender qué reconocemos como estimulación, es esencial definirla en torno a las áreas y procesos que intervienen en su ejecución. El año 2000 una serie de colaboradores y profesionales de la atención temprana (GAT) redactaron El Libro Blanco de la Atención Temprana, cuyo consenso la definió como:

“El conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (p 12).

Durante varias décadas se pensó que los bebés nacían con el cerebro sin información, y con el tiempo lo iban llenando con información y estímulos que iban recibiendo. De hecho, Piaget, uno de los padres de las teorías cognitivas, pensaba así. No fue hasta la década de 1990 y 2000 en que estas ideas fueron cambiando, y hoy se sabe que los bebés nacen con cierto conocimiento inicial acerca de ciertos objetos físicos y movimientos. Estos saberes, Además, no guardan relación con los instintos básicos. Sabemos que los bebés nacen con ciertos instintos animales, inherentes al ser humano, pero también nacen con una inteligencia dispuesta a recibir estímulos y desarrollarse.

El ambiente físico y emocional que rodea a un bebé es su primer centro de aprendizaje. Diversas investigaciones y l múltiples estudios realizados, demuestran que claramente el niño “aprende” desde antes de nacer y, es por esto que, es esencial que su hogar como en

sea un lugar estimulante y rodeado de personas y recursos que, de manera tranquila, serena, constante, progresiva y cariñosa, se involucran en el uso de ese espacio, en el estímulo consistente y significativo de ese cerebro. Hoy sabemos que todo bebé, incluso mucho antes de comenzar a hablar, ya absorbe de forma intensa toda manifestación de sentimientos de los adultos que lo rodean y sus experiencias con padres, hermanos o quienes lo cuidan, le ayudan a establecer un mapa mental que lo guiará a lo largo de todo su proceso de pensamiento y por su vida emocional (Antunes 2006).

Desde el primer momento, nada en la vida del bebé es neutro. Todas las experiencias que involucren el tacto, las miradas y palabras que reciba son determinantes en su aprendizaje. Pero lo mismo ocurre con las experiencias negativas. Si recibe agresiones, palabras violentas, incluso si no son dirigidas a él, pero son manifestadas en su presencia, las capta y absorbe como parte de su aprendizaje. Así como el alimento, para un niño, es esencial para su entidad biológica, el cariño es imprescindible para su condición humana.

En el primer año de vida, el bebé desarrolla la plenitud de sus sentidos y, de ese modo, balbucear, y después hablar, gatear, y después correr, oír y comprender y manipular objetos y juguetes, implican aprendizajes que son enemigos de la precipitación (Antunes 2016).

El desarrollo temprano, particularmente desde el nacimiento hasta los 3 años, es la base fundamental para el desarrollo educacional, económico, ciudadano, de salud, la creación de comunidades y una paternidad exitosa a futuro. En este periodo se determina la arquitectura del cerebro de un niño, creando la base de la capacidad de aprendizaje. Los estudios muestran que el desarrollo sensorial y de lenguaje está en su máximo desarrollo dentro del primer año de vida, mientras las funciones cognitivas alcanzan su punto culmine a los 3 años (Center of Developing Child 2007). Se sostiene que este periodo es crítico para el desarrollo central del individuo ya que este fenómeno no se vuelve a repetir en el transcurso de la vida.

Entendemos que las posibilidades que tenga un niño en el futuro, están determinadas por el nivel de estimulación y atención que reciba durante sus primeros años de vida, por parte de

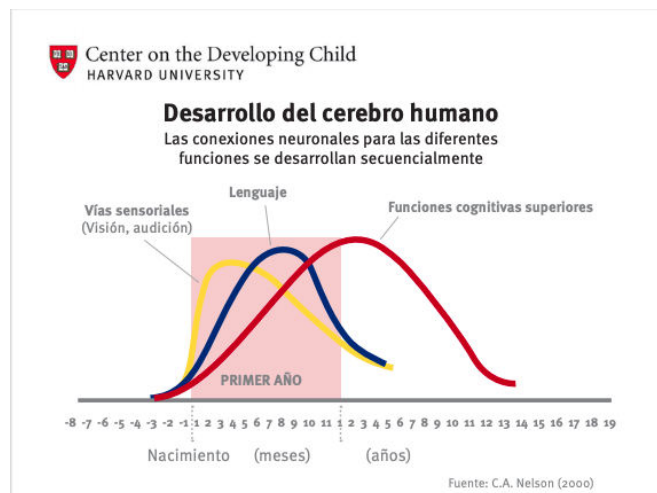
su entorno social y afectivo. Desde un punto de vista neurológico, el cerebro no puede llegar a su máximo desarrollo si no está expuesto a influencia que le permitan perfeccionar sus funciones neurológicas. El desarrollo del cerebro es directamente vulnerable a las influencias del medio ambiente. Si está expuesto a estimulación, cariño, afecto y juego su desarrollo será positivo, pero los efectos también puede ocurrir de manera contraria y sufrir daños irreversibles debido a la falta de estimulación, la malnutrición, situaciones de estrés y falta de afectos, entre otros.

La capacidad de absorber de manera tan abierta los estímulos que recibe el cerebro, se debe precisamente a la inmadurez de su desarrollo. La potencialidad de creación neuronal y aprendizaje se denomina *plasticidad cerebral* o *neuroplasticidad* que se define por la OMS (1982) como “la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades” (López 2012). Ésta permite al cerebro adaptarse a las distintas situaciones del entorno, reaccionando a los estímulos y generando nuevas conexiones neuronales que le permitan al cerebro almacenar esa información y generar una respuesta o aprendizaje en relación a ellas, a los adultos que forman su contexto social. Pero también puede tener un efecto catastrófico e irreversible para las funciones neuronales ya que pueden generarse aprendizajes negativos (de estrés para el niño) o ninguno en absoluto. De lo contrario, cuando estas experiencias son positivas, los aprendizajes están dirigidos a un entendimiento acogedor del medio y a una positiva adquisición de herramientas para la resolución de conflictos, para el uso del lenguaje y para un establecimiento de relaciones sociales y emocionales sanas y significativas.

Según el Center on the Developing Child de la Universidad de Harvard, el desarrollo temprano, particularmente desde el nacimiento hasta los 3 años, es la base fundamental para el desarrollo educacional, económico, ciudadano, de salud, la creación de comunidades y una paternidad exitosa a futuro. En su publicación “*The Science of Early Childhood Development*” se destacan 5 conclusiones fundamentales para abordar el desarrollo infantil temprano.

1. El cerebro se construye a lo largo del tiempo, desde la base. La arquitectura básica del cerebro se desarrolla según el reconocimiento de estímulos, desde antes del nacimiento hasta la adultez. La calidad de las experiencias que vivimos va formando la estructura de esta arquitectura que define cuán estable o frágil son los procesos que viviremos en torno al entendimiento cognitivo, al aprendizaje y nuestras conductas. “En los primeros años de vida, más de un millón de conexiones neuronales se forman cada segundo. Luego de este periodo de rápida proliferación, las conexiones se reducen mediante un proceso llamado “poda”, que permite que los circuitos cerebrales se vuelvan más eficientes.”

Podemos observar en el siguiente gráfico los niveles de desarrollo del cerebro humano, según distintas funciones. Cabe destacar que el peak del desarrollo sensorial y lenguaje está dentro del primer año de vida, mientras las funciones cognitivas alcanzan su peak a los 3 años. Por lo que podemos concluir que, entre el nacimiento y los 3 años de edad, los niños experimentan la creación neuronal máxima para sus funciones futuras.



2. Las influencias interactivas de los genes y las experiencias moldean el cerebro en desarrollo. El intercambio de sonidos, gestos y balbuceos es la forma natural en que los niños intentan generar sus primeras interacciones con sus padres o cuidadores.

Si estas interacciones no ocurren, no son confiables ni apropiadas para el niño, el desarrollo de la arquitectura del cerebro puede no cumplirse de manera normal generando “disparidades en el aprendizaje y la conducta

3. La capacidad del cerebro disminuye con la edad. En sus inicios, el cerebro de los bebés tiene mayor capacidad de recepción de información. Se le dice más “flexible” o “plástico” ya que está más abierto a recibir estímulos diferentes del entorno y a generar interacciones. “Adquiere mayor especialización para asumir acciones más complejas”. Aunque esto no quiere decir que no queda espacio para aprendizaje futuro, éste suele ser más difícil ya que los circuitos cerebrales se van volviendo más rígidos.
4. Las capacidades cognitivas, emocionales y sociales están inextricablemente entrelazadas a lo largo de la vida. Debido a la interconexión que tiene el cerebro, todas sus funciones actúan de manera coordinada. “La salud emocional y física, las destrezas sociales y las capacidades cognitivo-lingüísticas que emergen en los primeros años son prerrequisitos importantes para el éxito en la escuela y más tarde en el lugar de trabajo y en la comunidad”
5. El estrés tóxico daña la arquitectura cerebral en desarrollo, lo que puede conducir a problemas de por vida en el aprendizaje, la conducta y la salud física y mental. “El estrés tóxico es la activación fuerte e ininterrumpida del sistema de respuesta al estrés. Los niños que se encuentran en un estado de pobreza extrema o expuesto a abusos sistemáticos estarán expuestos a este estrés. Si esto es apoyado con una estabilidad, protección y apoyo, por parte de los cuidadores, podrían generarse alteraciones en la arquitectura del cerebro del niño.

2.1.2 Etapas de desarrollo en los niños y actividades fundamentales en cada una de ellas

Parte fundamental de esta tesis es conocer y comparar las diferencias cognitivas entre niños que se desarrollan en un lugar estable, estando protegidos, cuidados y amados, en relación a los niños que crecen y se desarrollan en una residencia. Para poder comparar, es relevante conocer y comprender cuáles son las etapas cognitivas que deben tener los niños según su edad. Según la revista médica Healthline, basado en un estudio de Boston Children's Hospital, las etapas de desarrollo de los niños se separan en 4 principales y cada una tiene subdivisiones. Estas son 0-18 meses (neonatal y lactante), 18 meses a 2 años (primera infancia), 3 a 5 años (preescolar) y edad escolar y adolescencia (6 a 17). Para efectos de esta tesis nos enfocaremos en las primeras dos.

1. Neonato – Lactante: 0-18 meses

Durante esta etapa el crecimiento y desarrollo es profundo y rápido

	1-3 meses	4-6 meses	5-9 meses	9-12 meses	12-18 meses
Cognitivo	Se interesa en objetos y caras humanas. Baja atención a actividades repetitivas	Reconoce caras familiares Nota la música Responde a las señales de amor y afecto	Lleva sus manos a la boca Pasa objetos entre una mano y otra	Observa cosas que se caen Busca cosas escondidas	Usa elementos básicos como cucharas Puede apuntar a ciertos lugares del cuerpo
Social y Emocional	Intenta mirar a las personas Comienza a sonreír	Responde a gestos faciales Disfruta jugando con personas Responde de manera diferente a distintos tonos de	Disfruta los espejos Sabe cuando hay un desconocido	Se aferra principalmente a las personas que le son familiar	Puede participar en juegos simples Tiene pataletas Puede llorar con extraños

		voz			
Lenguaje	Comienza a hacer sonidos de vocales Se calma cuando le hablan Llora de manera diferente según necesidad	Comienza a balbucear y a imitar sonidos Ríe	Responde a su nombre cuando lo escucha Puede agregar ciertos sonidos de consonantes a sus vocales Puede comunicarse con gestos	Apunta Sabe el significado de “NO” Imita sonidos y gestos	Sabe decir varias palabras Dice “no” Se despide con su mano
Físico/ Movimiento	Mira hacia los sonidos Sigue objetos con los ojos Agarra objetos Gradualmente levanta su cabeza por periodos más largos	Ve cosas y busca alcanzarlas Se empuja hacia arriba con los brazos cuando está sobre su estómago Puede girarse de un lado a otro	Comienza a sentarse sin apoyo Puede rebotar cuando se sujeta parado Se gira en ambas direcciones	Se empuja para pararse Gatea	Camina sujetado a superficies Se para solo Puede subir uno o dos escalones Puede beber de un vaso

Primera Infancia: 18 meses a 3 años

	18 meses	2 años	3 años
--	-----------------	---------------	---------------

Cognitivo	<p>Puede identificar cosas familiares en dibujos o libros</p> <p>Sabe la función de objetos comunes</p> <p>Sigue instrucciones básicas como “párate”</p>	<p>Construye torres de bloques</p> <p>Puede seguir instrucciones simples de dos pasos</p> <p>Agrupar formas y colores similares</p> <p>Juega juegos de pretensión</p>	<p>Puede armar un puzle de 3 o 4 piezas</p> <p>Puede usar juguetes que tienen partes movibles como botones y niveles</p> <p>Puede girar manillas de puertas</p> <p>Puede pasar páginas de libros</p>
Social y Emocional	<p>Puede ayudar con tareas como guardar juguetes</p> <p>Se siente orgulloso de sus logros</p> <p>Se reconoce en el espejo y puede hacer muecas</p> <p>Puede explorar sus alrededores si los padres están cerca</p>	<p>Le gusta juntarse con otros niños</p> <p>Juega al lado de otros niños; hasta puede jugar con ellos</p> <p>Puede desafiar instrucciones</p>	<p>Muestra empatía por niños que lloran o están heridos</p> <p>Entiende “mío” y “tuyo”</p> <p>Puede enojarse si sus rutinas se cambian</p> <p>Puede vestirse solo</p> <p>Sabe como tomar turnos</p>
Lenguaje	<p>Conoce varias palabras</p> <p>Sigue direcciones simples</p> <p>Le gusta escuchar cuentos cortos o canciones</p>	<p>Puede hacer preguntas básicas</p> <p>Puede nombrar varias cosas</p> <p>Usa frases simples de dos palabras como “más leche”</p> <p>Dice el nombre de personas familiares</p>	<p>Habla usando 2 a 3 oraciones al mismo tiempo</p> <p>Conoce palabras como para nombrar muchas cosas que usa cotidianamente</p> <p>Se da a entender con su familia</p> <p>Entiende término como “adentro”, “encima”, “en”,</p>

			“abajo”
Físico/ Movimiento	Puede ayudar vistiéndose	Corre	Puede subir y bajar escaleras con un pie en cada escalón
	Comienza a correr	Salta hacia arriba y hacia abajo	Corre y salta con facilidad
	Bebe bien de un vaso		
	Come con cuchara	Se para en la punta de los pies	Atrapa pelotas
	Puede caminar mientras tira un juguete	Puede dibujar líneas y figuras redondas	Puede deslizar por un resbalín
	Baila	Lanza pelotas	
	Se puede sentar en una silla	Puede subir escaleras afirmándose en una baranda	

En base a los estudios de Healthwise (Pope 2020), las etapas y características de desarrollo se separan en las siguientes, según sus características:

De 0 a 1 año:

Crecimiento y desarrollo físico:

- Tienen un crecimiento total de aproximadamente 25 cm de largo desde el nacimiento y miden entre 71 cm y 81 cm. En algún momento entre los 9 y los 12 meses de edad, muchos bebés han triplicado su peso al nacer.
- Experimentan un crecimiento del perímetro cefálico (la medición alrededor de la parte superior de la cabeza). El perímetro cefálico de la mayoría de los bebés es de 18 pulgadas (46 cm).
- Empiezan a tener algunos dientes. Generalmente, los primeros en aparecer son los dos dientes delanteros de arriba y abajo.

Pensamiento y razonamiento (desarrollo cognitivo)

- Sienten curiosidad acerca de los objetos diarios y de cómo funcionan. Comienzan a intentar girar perillas, apretar botones y abrir cajones.
- Comienzan a recordar cosas que ocurrieron unas horas atrás o incluso el día anterior.
- Pueden encontrar un objeto que ven que usted esconde.

Desarrollo afectivo y social

- Interactúan más que nada con sus padres y otros cuidadores principales. No manifiestan mucho interés en jugar con otros niños.
- Disfrutan de "flirtear" con sus padres y otros cuidadores. Se ríen, muestran lo que hacen y quieren llamar la atención.
- Comienzan a entender el concepto de permanencia: las personas y los objetos siguen existiendo aunque estén fuera de vista. Al comienzo pueden sentirse incómodos cuando no ven a otra persona o están solos en una habitación.

Desarrollo del lenguaje

- Experimentan haciendo sonidos diferentes, como "ptthhh", o repiten sonidos, como "ba-ba-ba-ba". Muchos niños pequeños tienen predilección por practicar los sonidos "b" y "d". Pueden decir una larga serie de sonidos con tono e inflexión que suenan como una conversación.
- Pueden identificar a cada padre, a menudo por nombre ("mamá", "papá").
- A veces repiten un sonido inmediatamente cuando oyen que alguien está hablando.
- Llegan a decir al menos 3 palabras.
- Reconocen su propio nombre. También pueden mirar a miembros de la familia o a mascotas cuando usted habla de ellos. Generalmente, los bebés de esta edad entienden algunas palabras conocidas, aunque todavía están adivinando muchas otras palabras y sus significados.

Desarrollo sensorial y motor

- Disfrutan de llevarse cosas a la boca.
- Se paran sosteniéndose de un mueble o de otro objeto sólido.
- Se trasladan (caminan sujetándose de muebles) o caminan solos.

- Han aprendido a sujetar objetos pequeños. El uso de la prensión en pinzas con sus dedos comienza cuando tienen 10 meses de edad.

18 meses

Desarrollo físico

- Aumentan de peso y crecen a un ritmo constante pero más lento que durante los primeros 12 meses de vida. Entre los 12 y los 24 meses de edad, espere que aumenten aproximadamente de 1.4 kg a 2.3 kg, crezcan un promedio de 7.6 cm a 12.7 cm y que su perímetro cefálico (la medición alrededor de la parte superior de la cabeza) crezca aproximadamente 2.5 cm.
- Comienzan a perder el aspecto de bebés, comenzando a verse como un "niño pequeño" o una "niña pequeña".
- Empiezan a tener los primeros molares. También les pueden empezar a salir los primeros dientes caninos (colmillos superiores).
- No duermen siestas tanto por la mañana o abandonan este horario de siesta completamente. Pero todavía necesitan dormir aproximadamente de 13 a 14 horas diarias.

Pensamiento y razonamiento (desarrollo cognitivo)

- Han desarrollado un sentido de su persona, la capacidad de verse a sí mismos separados de otros. Ahora pueden imaginar una amenaza y a menudo se prenden de sus padres y les temen a los extraños.
- Generalmente pueden encontrar un objeto que ven que usted mueve de un lugar a otro.
- Comienzan a jugar a simular.
- Pueden señalar una parte del cuerpo.

Desarrollo social y emocional

- No demuestran demasiado interés en jugar con otros niños.
- Son muy curiosos. Les gusta tomar y mover casi todo lo que tienen a su alcance.
- Disfrutan presumir para sus padres y cuidadores. Buscan reacciones de aprobación y orgullo por parte de los adultos.

- Disfrutan copiar lo que hacen otras personas.

Desarrollo del lenguaje

- Entienden 10 veces más de lo que pueden decir con palabras.
- Saben los nombres de algunas personas, partes del cuerpo y objetos. A menudo pueden señalar un objeto en un libro cuando se les pide.
- Usan su propio lenguaje, que es una mezcla de palabras inventadas y palabras que se entienden.
- Seguir órdenes de dos pasos.

Desarrollo social y motor

- Pasan de una posición de gateo a pararse sin sostenerse de nada.
- Caminan solos.
- Sostienen una taza solos.
- Pueden coordinar el movimiento manual entre los dedos y la muñeca.
- Se divierten apretando botones, moviendo manijas y girando perillas.
- Pueden apilar 4 bloques.

2 años

Crecimiento y desarrollo físico

- Han crecido aproximadamente 38 cm desde el nacimiento.
- Aumentan de peso y crecen a un ritmo constante pero más lento que durante los primeros 12 meses de vida. Entre los 12 y los 24 meses de edad, se puede prever que aumenten aproximadamente de 1.5 kg a 2.5 kg, crezcan un promedio de 7.5 cm a 13 cm y que su perímetro cefálico (la medición alrededor de la parte superior de la cabeza) aumente aproximadamente 2.5 cm.

Pensamiento y razonamiento (desarrollo cognitivo)

- Comienzan a entender simples conceptos del tiempo, como "ahora", "más tarde" o "en unos minutos". (El futuro lejano o "para siempre" son demasiado complejos como para ser conceptualizados a esta edad).

- Cumplen con pequeños pedidos, como "Pon el libro en la mesa". Pero generalmente no pueden completar instrucciones de dos pasos, como "Lávate las manos y ven aquí".
- Reconocen simbolismo básico, como asentir o negar con la cabeza.
- A menudo quieren hacer dos cosas incompatibles al mismo tiempo. Por ejemplo, un niño de 2 años puede querer salir a jugar en la nieve con pantuflas en los pies.
- Comienzan a jugar a "simular", como hablar con un teléfono de juguete.
- Comienzan a reconocer y a clasificar objetos por forma y color.

Desarrollo afectivo y social

- Desarrollan el conocimiento de sí mismos (autoconocimiento): se dan cuenta de que son individuos y que están separados de otras personas.
- Se dan cuenta de que es posible que no siempre obtengan lo que quieren o que tal vez tengan que esperar para eso.
- Están interesados en observar e imitar a otras personas.
- Están interesados y se muestran entusiasmados por estar con otros niños. Pero todavía participan del juego paralelo, es decir, jugar al lado de otros niños, pero no con ellos. Generalmente todavía no saben compartir y no han dominado otras habilidades de cooperación.
- No se preocupan por las diferencias entre hombres y mujeres, pero comienzan a reconocer que existen. Por lo general, notan diferencias sencillas, como el largo del pelo o las prendas de vestir.

Desarrollo del lenguaje

- Usan al menos 50 palabras.
- Unen dos palabras.
- Nombran algunas partes del cuerpo y objetos conocidos.
- Hablan con una mezcla de palabras inventadas y otras palabras que se entienden.
- Repiten palabras que oyen al pasar, como de conversaciones entre adultos.

Desarrollo sensorial y motor

- Ven y oyen bien.
- Desarrollan habilidades motoras rápidamente. Pueden subir y bajar escaleras un escalón a la vez, patear una pelota y comienzan a correr. La mayoría de los niños también pueden pararse de puntillas.
- Dibujan trazos sencillos con ceras. También pueden sacar juguetes u otros objetos de un recipiente y armar una torre con 4 o más bloques.

3 años

Crecimiento y desarrollo físico

- Han aumentado alrededor de 2 kg y han crecido alrededor de 8 cm desde que cumplieron dos años.
- Comienzan a verse más delgados a medida que el abdomen prominente se les aplana gradualmente.
- Tienen todos los dientes de leche.

Pensamiento y razonamiento (desarrollo cognitivo)

- Saben su nombre, edad y sexo.
- Siguen indicaciones de 2 a 3 pasos, como "recoge tu muñeco y ponlo en la cama junto al osito de peluche".
- Comprenden el concepto de "dos". Por ejemplo, entienden cuando tienen dos galletas dulces en vez de una. Pero generalmente todavía no pueden comprender el concepto de números más altos.
- Recuerdan una serie de números en vez de realmente contar. Lo mismo ocurre con el alfabeto. Un niño puede decir las letras de memoria pero tal vez no reconozca una letra escrita separada de las demás.
- Disfrutan de armar rompecabezas que tienen 3 o 4 piezas. La mayoría de los niños también son capaces de clasificar objetos por forma y color.
- Tienen imaginaciones activas y una rica vida de fantasía. Por ejemplo, pueden imaginar que sus juguetes o animales de peluche pueden hablar y jugar con ellos.

Desarrollo afectivo y social

- Experimentan una amplia variedad de emociones.
- Se separan fácilmente de sus padres.
- Expresan cariño abiertamente. Pueden demostrar afecto espontáneamente por compañeros de juego conocidos.
- Entienden el concepto de "mío" y "tuyo". A veces pueden tener dificultades para compartir juguetes o tener conflictos al jugar con otros.
- Pueden identificar a una persona como niño o niña. Pero todavía no entienden completamente las diferencias entre los sexos.
- Están interesados en aprender a ir al baño. Muchos se mantienen secos cuando están despiertos.

Desarrollo del lenguaje

- Aprenden nuevas palabras rápidamente. La mayoría de ellos reconocen y pueden nombrar objetos comunes.
- Usan plurales. La mayoría de los niños también usan pronombres (yo, tú, mi, nosotros, ellos) y usan frases completas de 4 a 5 palabras. Las personas desconocidas entienden la mayor parte de lo que dicen.
- A menudo preguntan "por qué" y "qué".
- Entienden la mayor parte de lo que oyen.
- Todavía no pueden expresar completamente sus sentimientos con palabras.

Desarrollo sensorial y motor

- Desarrollan movimientos musculares más grandes (habilidades motoras gruesas). Estos suelen incluir: Correr, trepar, saltar en el lugar, pedalear un triciclo, patear una pelota, agacharse fácilmente.
- Desarrollan más coordinación de músculos pequeños, lo que comprende las manos y los dedos (habilidades motoras finas). Estas habilidades pueden incluir: copiar un círculo, usar una taza, un tenedor y una cuchara con facilidad, vestirse (aunque todavía suelen necesitar algo de ayuda para prender botones, usar cierres y broches), dar vuelta las páginas de un libro una a la vez, armar una torre de 6 bloques,

sostener lápices con el pulgar y el dedo índice, enroscar y desenroscar tapas de envases.

También hay autores que separan las etapas de manera más general, unificando varios años. Según Quicios (2018), podemos categorizar la primera infancia en tres grupos, según etapas:

0 a 3 años: periodo pre escolar y primer desarrollo.

- Área cognitiva: pensamiento egocéntrico y le cuesta mucho imaginarse lo que piensan o creen los demás.
- Área del lenguaje. Locución y expresión verbal. Inicios de manejo y uso del lenguaje. Inicias con palabras fáciles y sueltas, para más tarde generar frases simples.
- Área socio-emocional. El niño juega solo y finales de esta fase comienza a compartir sus juegos con otros iniciando así la socialización.
- Área motora. Nace la curiosidad y explora que será el motor de aprendizaje. En cuanto a los cambios físicos, el niño sigue creciendo aunque lo hace mucho más lento que en las etapas anteriores.

3 a 6 años:

- Área cognitiva: Desarrolla la habilidad de atribuir intenciones, creencias y motivaciones únicas a los demás.
- Área del lenguaje: Mejora el control en el uso del lenguaje propiamente. Se apoyan en él para la total comunicación.
- Área socio-emocional: Aumentan sus relaciones sociales. Utilizan la mentira como recurso en ciertos aspectos donde manejan el bien y el mal. El niño disfruta de la compañía de otros niños con los que crece y aprende a compartir juegos y logros de forma natural. Aceptan pactos y soluciones intermedias cuando se dan conflictos entre iguales.

- Área motora: Dominan el control de esfínteres y adquieren más independencia de movimiento.

6-12 años: Es la última etapa antes de dar paso a la adolescencia.

- Área cognitiva: se desarrolla su capacidad para utilizar términos abstractos y matemáticos, pero no llega a su máximo.
- Área del lenguaje: Va mejorando el uso del lenguaje y de la comunicación.
- Área socio-emocional. La imagen que tiene de sí mismo adquiere mucha importancia y trata de ganar amistad de quienes considera importantes. El círculo social de iguales configuran su identidad y se empiezan a quebrantar las normas familiares.
- Área motora. Es a partir de esta etapa cuando el niño es capaz de aprovechar las nuevas formas de control de su cuerpo. La maduración casi definitiva del sistema nervioso permite al niño a realizar más movimientos.

A través de estas características, en el marco metodológico, podremos definir parámetros para determinar el nivel de desarrollo cognitivo que experimentan la mayoría de los niños en residencias.

2.2 SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)

“Si quieres ser creativo, mantente en parte como un niño, con la creatividad y la inventiva que caracteriza a los niños antes de ser deformados por la sociedad adulta”

(Jean Piaget)

2.2.1 Historia

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un organismo gubernamental del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Chile. Fue creado por el Decreto Ley N° 2.465 del 10 de enero de 1979, y un decreto supremo del 5 de diciembre de 1979 fijó la planta y el Sename entró en funciones el 1 de enero de 1980.

Su misión es contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos, así como a la responsabilización e inclusión social de jóvenes que infringieron la ley, a través de una oferta programática en continuo mejoramiento, la cual es entregada por un grupo humano comprometido, constituido por Sename y sus organismos colaboradores (Sename 2021).

En sus inicios, tanto en Chile como en Latinoamérica, la descripción de la infancia, correspondía a una referencia estructural de las condiciones económicas de la población. Por lo mismo, el desarrollo histórico de las políticas en torno a ella, respondían a iniciativas del sector privado que buscaban abordar la “peligrosidad” de aquellos niños, buscando el aislamiento social como una forma de degradación social a aquellos abandonados o delincuentes. Mediante las demandas de los proyectos privados, es que el Estado de Chile comienza a hacerse cargo de la infancia. El primer enfoque que se realizó, estuvo estructurado desde un punto de vista médico-sanitario y jurídico. Durante el siglo XX, creció el interés por los temas de infancia, cuyo reflejo estuvo en el crecimiento de instituciones sociales y gasto gubernamental, donde niños y niñas fueron la base para determinar políticas basadas en educación, justicia y salubridad.

En 1930, el presidente Arturo Alessandri plantea la caridad pública como colaboradora del Estado, creando el Patronato Nacional de la Infancia, donde luego el estado asume su mantención económica permanente. Desde ahí, se crean diversas instituciones privadas, siendo la más relevante de la época, “Las Gotas de Leche”, la cual, desde la beneficencia, enfrentaría la problemática de la mortalidad infantil.

Entre 1840 a 1890, comienzan a manifestarse escenarios de cambios y modernización del país. Existieron nuevos escenarios culturales, que acompañaban los cambios sociales, políticos económicos, y que repercutieron en los niños de distintos estratos. Comenzaron a existir cambios en la educación de los niños de escasos recursos. Durante esta periodo, el Estado tenía un menos protagonismo comparado con el sector privado, por consecuencia, la mayoría de las obras sociales fueron realizadas por este sector.

Entre 1890 a 1920, fue un periodo de crisis en que no hubo cambios relevantes en relación al progreso de acciones orientadas a la niñez por parte de las instituciones. Los años entre 1920 y 1950, existe un rol protagónico del Estado. Posteriormente entre 1950 a 1973, existe un contexto de reforma y revolución, caracterizada por tensiones sociales y políticas, donde el tema de la infancia jugó un enfoque central.

En el año 1979 se crea el Servicio Nacional de Menores (Sename), cuya responsabilidad se enfocaba en la atención, de los niños, niñas y/o adolescentes enviados por Tribunales, a objeto de hacer cumplir las medidas que este organismo judicial decretaba. Debido a esto, el Sename quedo bajo la dependencia del Ministerio de Justicia. Las políticas públicas se enfocaron en el cumplimiento de la Convención de Derechos del Niño, dando cuenta el apego del estado hacia los Derechos Humanos, bajo la idea del “interés superior del niño”. En base a este concepto, se genera un cambio fundamental en el paradigma que rige la institución, cambiando el concepto de infancia deficitaria, hacia un modelo de protección integral, en que los niños y niñas se definen como un actor social como ciudadano.

Además, bajo el alero del Estado subsidiario, existe la participación de las iniciativas privadas, que a través de subvenciones, generan una intervención pisco-socio-jurídico como colaboradores del Sename.

2.2.2 Objetivos y funcionamiento

Con el fin de lograr cumplir con su misión de prevenir, promocionar, proteger y restituir los derechos de NNA, y además generar un programa de responsabilización e inclusión para aquellos que infringieron la ley, el Sename dirige una serie de objetivos programáticos. Algunos incluidos de ellos son:

- Articular un sistema de protección y restitución de derechos que procure el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, satisfaciendo las necesidades de protección y reparación, y que cuente con adecuada cobertura territorial
- Mejorar la inclusión social de los jóvenes que han entrado en conflicto con la ley, articulando territorialmente a diversos actores para generar una oferta programática de calidad, que sea pertinente a sus necesidades de reinserción educativa, laboral y/o social.
- Rediseñar la oferta de cuidados alternativos y de programas ambulatorios con estándares que aseguren la efectiva protección y reparación de los niños, niñas y adolescentes.
- Procurar la mejora continua de los modelos técnicos de operación, tanto del sistema de protección y restitución de derechos como de inclusión social de jóvenes en conflicto con la ley, estableciendo estándares de calidad y mecanismos de evaluación que retroalimenten la gestión de los centros de administración directa, de los organismos colaboradores y del intersector.
- Desarrollar un proceso de planificación estratégica, alineamiento organizacional y gestión del cambio que prepare a la institución y a sus personas para el proceso hacia dos nuevos y modernos servicios, que promueva una cultura de mérito y colaboración con el fin de cumplir la misión institucional.
- Mejorar la gestión y el desarrollo de las personas al interior del servicio, con el fin de contar con el capital humano idóneo para los nuevos desafíos institucionales, y aumentar su compromiso y aporte al logro de los objetivos.
- Optimizar el desempeño institucional por medio del desarrollo de servicios de soporte eficaces y eficientes, que permitan contar con sistemas de información de

calidad, procesos y flujos de trabajo expeditos y herramientas tecnológicas pertinentes.

La oferta programática del Sename cuenta con tres áreas principales, donde se intervienen los NNA, según necesidad y características. Cada una de ellas cuenta con sub programas específicos para la necesidad de cada uno. Los programas principales son:

ADOPCIÓN: conjunto de actividades tendientes a procurar al niño/a una familia responsable, señalando que sólo podrán intervenir en dichos programas SENAME o los organismos acreditados ante éste .

PROTECCIÓN: a respuesta a una diversidad de vulneraciones de derechos que afectan a niños, niñas y adolescentes, sujetos de intervención del Servicio. Esta área comprende: 1. Programas administrados directamente por SENAME y 2. La oferta de proyectos adjudicados vía concursos públicos a Organismos Colaboradores Acreditados.

JUSTICIA JUVENIL: hacer efectivo el cumplimiento de las sanciones y medidas dictaminadas por tribunales de justicia con el objetivo de lograr la reinserción social de los (as) adolescentes.

Es importante destacar que actualmente, la Cámara de Diputadas y Diputados acaba de aprobar (año 2020) la creación el proyecto de ley para crear el Nuevo *Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil*. Este proyecto busca reemplazar el actual Sename con el fin de dividirlo en dos instituciones. Aun debe ser aprobado por el Senado para convertirse en ley. El nuevo Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, busca entregar una intervención personalizada y especializada para los jóvenes que infringieron la ley, con el objetivo de reinsertarlos en la sociedad. Por otro lado, buscará ser un complemento para el ya promulgado *Servicio de Protección Especializada de la Niñez*, cuya misión será ocuparse de los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y/o en situación de vulnerabilidad.

Según el mismo Sename (2021), los principales ejes de esta nueva institución serán:

1. Se trata de un servicio especializado, con un alto nivel técnico y profesionalizado en su personal.
2. Mejorará la calidad de los procesos de intervención con quienes infringieron la ley, por medio de programas que tendrán estándares de calidad fijados por un Consejo de Estándares y Acreditación, conformado por profesionales altamente especializados nombrados a través del Sistema de Alta Dirección Pública.
3. Creará un sistema de justicia especializado, con fiscales, jueces y defensores expertos en responsabilidad penal adolescente, quienes sesionarán en salas especializadas de causas con imputados adolescentes.
4. Corregirá varios déficits del diseño de sanciones y medidas penales de la actual Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.
5. Entre ellos, se limita la sanción de amonestación y se elimina la multa; se regulan los concursos de delitos para los adolescentes que tienen reincidencias en varios hechos, creando un régimen de unificación de sanciones; se modifican las normas relativas a la determinación de la pena, incorporándose informes técnicos que permitirán establecer de manera fundada la sanción más idónea al caso concreto.
6. Se incorpora, asimismo, la mediación penal juvenil como una forma alternativa de resolución de los conflictos.

2.2.3 Sistema Residencial

El Sistema Proteccional Infantil nace como mecanismo del Estado, para intentar erradicar el maltrato infantil, protegiendo los derechos de los niños con la idea de entregarles un entorno estable donde se satisfagan sus necesidades básica, y estén protegidos de

vulneraciones. Su objetivo es la restitución de los derechos de los NNA. Una de las principales medidas para lograr los objetivos, es el sistema de residencias. Aun así, existe un contante debate acerca de los perjuicios que puede traer la institucionalización.

Un informe de Ciper junto a la PDI (2018) menciona que:

“existe consenso -entre diversos autores- en señalar q los dispositivos creados desde el Estado para hacerse cargo de la situación de la infancia no tienen en su génesis una lógica de ejercicio de derechos, sino más bien, responden a la urgencia de dar respuesta a las precariedades y a la vulnerabilidad social existente (Bellof, 1999; De la Maza & Gonzalez, 2016; Gallegos, Jarpa & Opazo, 2018; Galvis, 2009). Además de exponerlos a situaciones que pueden implicar graves violaciones a sus derechos, por lo que las instituciones no son el ámbito apropiado para los niños y su permanencia en estas puede generar atrasos en el desarrollo infantil. Una regla general, que ha sido señalada, por variados estudios del desarrollo infantil es que por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución, pierde un mes de desarrollo” (Williamson, Greenberg, 2010). (p 86)

Estos mismos estudios han demostrado que los niños que han sido institucionalizados por mucho tiempo, sobretodo en sus primeros años de vida, tendrán daños permanentes. Por otro lado, aquellos que son adoptados o viven en familias de acogida, han demostrado un mejor desempeño físico, cognitivo, académico y de integración social.

El ingreso al sistema residencial proteccional se basa en la existencia de circunstancias particulares la familia del niño, en que el Estado debe tomar medidas de protección con el fin de alejar al niño de la situación de riesgo y apoyar a la familia para superar la situación.

Aun así, en caso necesario y por el interés superior del niño, las autoridades deben tomar medidas especiales de protección que impliquen la separación del niño de su familia. Esto ocurre cuando un NNA es abandonado por parte de la familia que ejerce su cuidado, renunciando a éste de manera temporal o definitiva. En estos casos, el Estados debe analizar el contexto particular e intentar ubicar a la familia extensa con el fin de mantener al NNA en su familia nuclear, antes de proceder de manera temporal o permanente, a

derivar el cuidado a otra familia que no sea su familia biológica. Este proceso también ocurre en el periodo del embarazo, y con posterioridad al nacimiento del niño, a fin de garantizar condiciones de dignidad para el adecuado desarrollo del embarazo y el cuidado del niño, procurando que las circunstancias no conlleven a la familia a renunciar temporal o definitivamente al niño, o a su abandono.

2.2.4 Residencias de protección para lactantes y pre- escolares con programa adosado de intervención residencial (RLP-PER)

En esta tesis nos enfocaremos en trabajar con uno de los grupos más vulnerables. Desde este punto de vista el objetivo es reconocer aquellos niños en residencias que se encuentran entre los 0 y 3 años. Este es el programa del área de Protección en residencias para lactantes y pre-escolares (RPP) residencias de protección para lactantes y pre- escolares con programa adosado de intervención residencial (RLP-PER).

Según el *Catastro de la Oferta Programática de la Red SENAME* (Sename 2001), el programa se define como:

Estas residencias otorgan atención a las necesidades de niños/as pequeños en un ambiente físico y socio-emocional nutricio para el desarrollo infantil temprano, personalizado, de buen trato y con estimulación precoz, que contempla intervención proteccional y psico-social tendiente a favorecer la reunificación del niño/a con su familia biológica, nuclear, extensa u otra alternativa dentro sus propias redes de parentesco o adoptiva, en el más breve plazo pues su fin es devolver a los niños/as su derecho a la convivencia familiar y comunitaria (p 12).

En este programa, los niños que reciben están bajo las siguientes características:

Son sujetos de atención niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, víctimas de graves vulneraciones de derechos como negligencia grave, maltrato grave,

abandono o por situaciones que conllevan a la cesión voluntaria de los padres/madres biológicos han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar de origen, mediante una orden judicial. Estos centros deben recibir preferentemente niños/as a partir de los 4 años hasta 6 años de forma de evitar internación de lactantes y niños menores de 3 años por los efectos dañinos de la internación, los cuales deben orientarse hacia cuidado alternativo familiar en Programas de Familias de Acogida (FAE)... Si bien el niño o niña se configura como el sujeto de atención directa, la familia biológica o quienes asuman el rol protector para el proceso de reinserción familiar, también constituyen sujetos de atención de la residencia.

2.2.5 Servicio Mejor Niñez

Es relevante destacar que el Sename se encuentra proceso de cambio debido a una modificación de la legislación. Este trascurso comenzó en diciembre del año 2020 y comenzará sus funciones en octubre del 2021 con un proceso de transición. Esto implica que la realización de esta tesis está en pleno proceso de modificación.

Las modificaciones irán de la mano de dos iniciativas que reemplazan las tareas que hoy realiza el Sename. Finalmente el objetivo es que éste sea completamente reemplazado. Por un lado, tras promulgarse como ley en diciembre de 2020, el nuevo Servicio Nacional Especializado de la Niñez y Adolescencia (denominado Servicio Mejor Niñez) parte sus funciones en octubre 2021 y depende del Ministerio de Desarrollo Social. Por otro lado, se crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil.

El Servicio Mejor niñez, sería el organismo que se encargue de los niños entre 0 y 3 años protegidos por el Estado, como lo hacía hasta hoy, el Sename. ***Lo importante a destacar, es que para efectos de este proyecto, las conclusiones y metodologías propuestas pueden ser***

aplicados en cualquiera de las dos instituciones, independiente a su dependencia y funcionamiento.

El objetivo de este nuevo servicio es:

“Nuestra misión como Servicio es proteger, restituir derechos y reparar el daño de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados, poniéndolos en el centro de nuestro actuar junto a sus familias, fortaleciendo su desarrollo integral mediante equipos de profesionales y programas especializados, coordinados con el intersector y adaptados a sus necesidades y territorio.

Aspiramos a que, en un marco de protección de derechos, cada niño, niña y adolescente recupere la confianza en sí mismo y en su entorno, que le permita establecer vínculos sanos y desplegar al máximo sus potencialidades para desarrollarse y vivir en plenitud.” (Mejor Niñez 2021)

Este organismo buscará mejorar la oferta programática y proteger a los niños vulnerables.

En ella se contará con (Mejor Niñez 2021):

Programas con metodologías basadas en evidencia y evaluaciones constantes.

Programas integrales que incorporan las diversas necesidades de los NNA y sus familias, evitando la sobreintervención.

Nuevo programa de diagnóstico clínico especializado y seguimiento del NNA, lo cual permitirá monitorear a los NNA y sus familias durante su trayectoria por el Servicio.

Nueva línea de acción de fortalecimiento y vinculación, con dos nuevos programas: (a) fortalecimiento y revinculación familiar; y, (b) preparación para la vida independiente.

Fortalecimiento de programas de cuidado alternativo, potenciando el programa de familias de acogida y las residencias familiares, buscando que estos sean siempre la última opción, de modo de evitar la institucionalización de los NNA.

Incorporación de la designación de un programa focal, para todos aquellos NNA que requieren intervención en más de un programa. Esto favorecerá la coordinación entre profesionales y la entrega de respuestas integradas.

Desarrollo de programas de cuidado alternativo en todas las regiones del país.

La gran preocupación es que estas nuevas modificaciones logren abarcar de mejor manera las necesidades de los niños, y se puedan tratar de mejor manera vulneraciones y rehabilitaciones. Aun así, según lo expuesto anteriormente, este proyecto junto con su intervención musical, pueden ser aplicados en cualquiera de los sistemas, considerando que seguirán existiendo las residencias. Actualmente las residencias dependientes de Mejor Niñez y los Organismos Colaboradores Acreditados, que son administrados directamente por el Servicio, también son algunos de lo que existían previamente en el Sename.

2.3 LA MÚSICA COMO TERAPIA ALTERNATIVA

“La música es amor buscando palabras”

(Lawrence Durrell)

2.3.1 Música, cultura e identidad

Desde sus inicios, la música ha sido parte fundamental de la cultura en las civilizaciones. Es parte de la configuración y consolidación de la identidad, cuyas bases se desarrollan en la escucha y prácticas asociadas a estímulos musicales. Este fenómeno forma parte de la interpretación de modelos y conductas que diseñan la cultura y experiencia que transforma esa identidad (Sociedad de Etnomusicología 2011). La música es capaz de provocar emociones en quienes la oyen, puede evocar recuerdos, producir alegría, nostalgia, serenidad y conectar con la espiritualidad. Además, tiene la capacidad de generar cohesión social en base a la unión cultural que se genera en los distintos convenios colectivos (Boyce 2003). La unión entre personas, durante siglos se ha generado a través de cantos rituales ancestrales, cantos religiosos, la música sinfónica, la pertenencia cultural de la música folklórica popular y los conciertos multitudinarios (Jauset, 2013)

La música podría considerarse una de las Bellas Artes con mayores características comunicativas. Es la forma más antigua de expresión, son los primeros sonidos que emite un bebé con el fin de participar activamente del lenguaje. Los sonidos transforman las conductas humanas y definen expresiones emocionales y anímicas. Al mismo tiempo han sido parte de la formación de culturas, religiones y sociedades. Cada civilización ha creado sus propias manifestaciones, como fenómeno artístico, estético y social. Debido a que la música es un elemento significativo a nivel cultural, es que en muchos países, los niños son expuestos a la música desde muy temprano. En general, viene a ser una reacción biológica utilizar sonidos y canciones para calmar o comunicarse con los bebés. Los planes educativos preescolares incluyen una serie de juegos y actividades que se desarrollan mediante canciones y elementos rítmicos.

Los elementos que componen la música definirán cómo nos hacen sentir. Entre ellos, tenemos las bases fundamentales como el tono, la tonalidad, el ritmo, el volumen, el silencio, entre otros. Si hablamos del canto, las características de color de la voz, influyen fuertemente en el reconocimiento e individualidad de quien emite el sonido. En los instrumentos musicales encontramos una gran diversidad de aplicaciones de la música. Debido a las distintas características de sonido que emiten, pueden generar efectos estimulantes y/o relajantes. Dependiendo de las melodías, los acordes, el ritmo y el volumen, los instrumentos pueden ir alternando y cambiando los efectos que producen. Cuando el sistema auditivo recibe el estímulo de un sonido, activa una serie de procesos tanto mecánicos, químicos y bioeléctricos generando la reacción de diversas regiones del cerebro que producen un reconocimiento de dichos sonidos y su significado emocional.

Una de las características fundamentales de la música, se arraigan a las emociones. Ésta nos genera diferentes sensaciones asociadas a distintas vivencias, experiencias o deseos. La neurociencia ha estudiado fuertemente cómo ciertas áreas del cerebro, que se activan con las emociones, son las mismas que se activan con la música, ya que tienen redes neuronales interconectadas que se asocian con la percepción y el procesamiento en el cerebro. El sistema límbico, es el que controla nuestras emociones. Cuando escuchamos música, este

sistema se activa generando reacciones psicofisiológicas que influyen en todo nuestro cuerpo. Pero la forma en que respondemos depende de nuestra propia experiencia y cómo ésta ha determinado nuestro entendimiento del entorno.

2.3.2 Musicoterapia

El uso de los sonidos, desde un punto de vista terapéutico, se remontan desde los inicios de la historia humana. En Mesopotamia, se utilizaban instrumentos musicales para calmar la ira de los dioses, en antiguo Egipto, se consideraba que los ritos musicales estaban asociados a la fertilidad de la mujer. A lo largo de la historia, las culturas han asociado la música a una relación divina, donde las enfermedades eran causadas por pecados y castigos de sus divinidades, y la música era parte esencial de los rituales ofrecidos para la cura de éstas. Estas creencias se mantuvieron fuertemente presentes hasta la Edad Media, y aun siguen vigentes en pueblos y culturas aborígenes (Jauset 2013)

En Grecia, por primera vez se formularon bases científicas que respaldaron el uso de la música para el tratamiento de las enfermedades. Este planteamiento científico se fundamentó en la observación clínica, sin atribuirle elementos mágicos, pero sí religiosos. Homero (siglo VIII a. C.) expresaba que la música tenía un origen divino y la enfermedad era consecuencia del pecado. Para reestablecer el equilibrio y la salud, utilizaban la música y el canto. Pitágoras (582 a.C.) fue el primero en atribuirle una base matemática. Sus estudios acerca de la creación del universo, lo llevó a concluir que los sonidos musicales mantienen proporciones relativas que son asociables a las proporciones físicas naturales (que se observan en las formas artísticas de la época). Pitágoras defendía la teoría de que existe una "música de las esferas" originada por los cuerpos celestes. Aristóteles (384 a.C) y Platón (427 a.C) en sus escritos recomiendan la música en el tratamiento de los estados de ánimo. En la obra *Política*, Aristóteles escribe:

”La música no se practica con las únicas miras a un único tipo de beneficio que de ella pueda resultar, sino para múltiples usos, porque puede servir para la educación, para procurarse la catarsis y para el reposo, alivio del alma y suspensión de las fatigas (...) Es necesario hacer uso de todas las armonías, pero no de todas del mismo modo, empleando para la educación las que tienen un mayor contenido moral, para escuchar luego la música que resulta de otras que incitan a la acción o despiertan emociones...”

Durante la Edad Media, San Agustín y San Ambrosio, se refieren a la música mediadora entre Dios, la naturaleza y los hombres. San Isidoro de Sevilla (565 d.C), historiador y teólogo, expresa en sus textos que ”...la música conmueve y suscita emociones...calma los espíritus agitados...Cada palabra pronunciada por nosotros, cada pulsación de nuestras venas, está en conexión, por obra de los ritmos musicales, con el poder de la armonía”.

En la edad moderna, Ambroise Pare (1509), médico y padre de la cirugía moderna, atribuye a la música la capacidad de aliviar el dolor en enfermedades. En el siglo XVII, el escritor Robert Burton publicó un libro llamado *Anatomía de la melancolía*, donde explica como “las fibras del cuerpo humano se modifican tras ser sometidas a la voz del instrumento”

Ya en el siglo XIX, se inician estudios científicos en Inglaterra para tratar enfermedades mentales con música. Edwin Atlee y Samuel Mathews son alguno de lo que publican estudios acerca de esta relación. A través de múltiples observaciones, durante este mismo siglo, se detectan los efectos de la música en el ritmo cardiaco, circulación sanguínea y respiración. Se determinó que ciertos patrones y secuencias musicales podían alterar los estados de relajación, consiguiendo alivio a ciertos dolores. A principios del siglo XX aparecen figuras determinantes de el ámbito de la formación musical, donde presentan una pedagogía musical basada en las relaciones psicológicas entre la música, el ser humano y el mundo creado. Alguno de estos precursores son C. Orff, E.J. Dacroze, Z. Kodaly, S. Suzuki y Edgar Willems (Jausef 2013). En la actualidad, la musicoterapia es reconocida como terapia. Existen múltiples asociaciones, centros de investigación, hospitales y universidades, en todo el mundo, que realizan diversos experimentos y estudios acerca de

los efectos terapéuticos de la música. Ya se ha determinado la eficacia de la terapia de sonidos en diferentes disfunciones físicas y psíquicas.

Actualmente, la musicoterapia se ha definido, de manera oficial, como un tratamiento terapéutico, médico para el tratamiento de distintas enfermedades y trastornos. Diversos autores han intentado definirla, congregando sus distintas implicancias y funcionamientos.

Según The American Music Therapy Association (2020) la musicoterapia se define como

Una profesión en el campo de la salud que utiliza la música y las actividades musicales para abordar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de todas las edades. La musicoterapia mejora la calidad de vida de las personas sanas y cubre las necesidades de los hijos adultos con discapacidades o enfermedades. Sus intervenciones pueden diseñarse para mejorar el bienestar, controlar el estrés, reducir el dolor, expresar sentimientos, mejorar la memoria, mejorar la comunicación y facilitar la rehabilitación física.

Existen una serie de definiciones importante de diferentes autores. Cabe destacar algunas de las más importantes (Jauset, J. 2013):

Es un proceso de intervención sistemática, en el que el terapeuta ayuda al paciente a obtener salud a través de las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como las fuerzas dinámicas del cambio (Bruscia, 1998).

Es una especialidad encaminada a abrir los canales de comunicación a través del sonido, la música, el gesto, el movimiento, el silencio, en un contexto no verbal del terapia, que coloca estas técnicas en relación con el contexto verbal . (Mutti, 1998).

La musicoterapia consiste en la aplicación de sonidos y música en el desarrollo de una relación entre paciente y terapeuta para promover y posibilitar el bienestar mental y emocional. (Bund, 1994).

La música es un medio que asocia, integra y evoca. Si consideramos que la enfermedad es un bloqueo, una ruptura o una falta de comunicación, la música puede ayudar a extender los puentes por donde fluye esta comunicación que se ha interrumpido y puede contribuir así a la reposición o mejora de la salud. Este es el principal objetivo de la musicoterapia, la música, sin duda, está organizada y produce poderosos efectos emocionales que estimulan recuerdos, asociaciones y estados psicológicos altamente desarrollados con un claro impacto en nuestros sistemas curativos (Gaynor, 2001).

En el XVI Congreso Mundial de Musicoterapia, realizado en Pretoria, Sudáfrica el año 2020, se reunió la comunidad musicoterapéutica mundial, para analizar los fundamentos teóricos y principios éticos-legales para la práctica de la disciplina. En este congreso, se aprobaron cinco modelos de musicoterapia de manera oficial. Entre estos están: Conductista, Benenzon, Analítico, GIM y Humanista-Transpersonal (Nordoff-Robins)

2.3.2.1 Modelo de Musicoterapia Conductista

Este modelo, tiene distintos autores y teorías pero todas ellas tienen en común que se basan en el estudio de lo observable acerca de la conducta, y de comprender la relación que se da entre estímulos y respuestas. Estas teorías se centran en lo observable, y debido a esto es que se considera que es posible generar una conducta deseada a través del refuerzo positivo, y por otro lado eliminar una conducta no deseada mediante los refuerzos negativos o castigos.

Las primeras teorías conductistas nacen a principios del siglo XX. Algunos autores relevantes del conductismo son Watson, Pavlov y Skinner. Estos autores coincidían en que

la conducta de los seres vivos era el resultado de un condicionamiento transmitido durante la formación del individuo a través de estímulos externos. Ellos determinaban que las enfermedades mentales no sólo tenían factores biológicos y físicos sino que también eran parte de un contexto de aprendizaje. Producto de una serie de experiencias de adaptación, positivas como negativas, forjan ese aprendizaje. La importancia de los estudios conductistas se basaron en dinámicas de estímulos y cómo estos se incorporaban a la psiquis como adaptación.

La musicoterapia conductista, busca obtener información observando la relación entre el paciente y la música. Una vez obtenida esta información, se puede generar un tratamiento específico para el paciente. Este modelo tiene como objetivo medir y determinar, de manera precisa, la conducta que se quiere cambiar o mejorar.

Este modelo define tres funciones que la música adquiere en el entorno musicoterapéutico (Mercadal, 2000).

- Estructura, ya que la música se presenta como actividad continuada. La música posee estructura y orden. La música requiere una conducta cronológica, necesita que el individuo se comprometa con la experiencia momento a momento, ya que la música solo existe a través del tiempo. Esto implica una adaptación y orientación del sujeto a la realidad.
- Estímulo, señal auditiva, utilizada para facilitar la retención y el aprendizaje de ciertos conceptos y ofrecer una estructura para el tiempo y el movimiento.
- Refuerzo, ya que el procedimiento musicoterapéutico en sí sirve como refuerzo en conductas deseadas.

Todo el proceso realizado en base a un actividad musical, se considera abierto y observable. Este modelo no considera los efectos internos que produce la música en la paciente ya que sólo se enfoca en los cambios conductuales. Se genera un plan sistemático de estímulos basados en recompensas y refuerzos positivos con el fin de generar la aparición de conductas esperadas.

Este modelo cuenta con 5 fases de intervención:

1. Diagnóstico inicial: el terapeuta analiza al paciente e identifica aquellas conductas que se desea modificar.
2. Evaluación real de la conducta: se analiza la historia médica del paciente y se busca encontrar la raíz de la conducta aprendida con el fin de encontrar el mejor tratamiento. Es importante analizar la relación del paciente con la música y buscar diferentes estímulos musicales que generen una buena reacción.
3. Diseño del programa de intervención: este programa se construye en base a la evaluación inicial y los objetivos que se busca alcanzar. Se buscan las técnicas musicales adecuadas y los instrumentos de registro que se utilizarán.
4. Aplicación del programa de intervención: se aplica el programa diseñado y se recogen datos de cada sesión para ir generando nuevas propuestas musicales.
5. Evaluación del programa de intervención: se evalúan los datos recogidos en relación a los objetivos planteados para analizar si los resultados son óptimos.

2.3.2.2 *Método de Benenzon*

La Terapia Benenzon fue reconocida como uno de los cinco modelos más importantes de musicoterapia durante el 9º Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en noviembre de 1999. Fue creada por Rolando Benenzon en 1969, y desde entonces ha sido probada y desarrollada en base a la evolución de las técnicas aplicadas al autismo y a trastornos difusos que se manifiestan como discapacidades mentales, trastornos sensoriales, motores, de la comunicación, afasia y reducción auditiva; a enfermos con Alzheimer y demencia, en

coma, a pacientes en fase terminal, a pacientes crónicos hospitalizados durante mucho tiempo, a pacientes con adicciones (drogas, tabaco, alcohol), con trastornos psicológicos, con enfermedades psicosomáticas y trastornos de la alimentación.

Según Benenzon International Academy (2018)

“La Terapia Benenzon es parte de la metodología y técnica de psicoterapias no verbales. Según el psiquiatra Prof. Dr. Rolando O. Benenzon la Terapia Benenzon es un tipo de psicoterapia que emplea elementos corporales-sonoros-no verbales con el objetivo de desarrollar, procesar, analizar y reforzar un vínculo o una relación entre el terapeuta y el paciente (o grupo de pacientes) con el objetivo de lograr el bienestar del paciente. Lo anteriormente mencionado es logrado mediante el refuerzo del “Ego” a través de un recorrido y evolución catárticos que actúan a través de nuestra Identidad Sonora (ISO), representada por los sonidos, energías acústicas y motrices que caracterizan a cada individuo.”

Este modelo se desarrolla a partir de las teorías del psicoanálisis y se considera que la musicoterapia es una psicoterapia no verbal. En su aplicación se utilizan los sonidos musicales y las asociaciones del cuerpo a éstos en base a códigos no verbales. El objetivo es crear canales de comunicación, con el fin de mejorar la vida de los pacientes. Se trata de una terapia de relaciones que va más allá del paciente sino que tiene que ver con la persona (Benenzon, 2011). En el método, nos encontramos con el concepto de atemporalidad (no existe ni el pasado ni el futuro), o sea sino que todo es presente. A esto, Benenzon le añade el ISO, objeto intermediario, objeto integrador, espacio vincular, tiempo terapéutico o distancia óptima.

2.3.2.3 Método de Musicoterapia Analítico

Sus creadores fueron Mary Priestley, Marjorie Wardler y Peter Wright. Este método se enfoca en la relación entre paciente y terapeuta, que se expresa en términos musicales y en conceptos psicoanalíticos. Estos conceptos son: transferencia, contratransferencia y alianza de trabajo. La contratransferencia se define como el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente al paciente y a la transferencia de este. La alianza de trabajo es un acuerdo, un compromiso común que se establece entre el paciente y el terapeuta. (Bruscia, 1999)

Para el Método Analítico, la música posee un valor comunicacional. Se puede expresar, crear o comunicar utilizando la voz. Di Franco (2000, p. 319). Menciona que “*el grito como expresión del límite del hombre que nace de un todo y se dirige al todo*”. Durante este proceso comunicacional, no existen pretensiones de una comunicación formal o estructurada. El evento de transmisión entre paciente y terapeuta no busca una estética formal o un contenido coherente desde el punto de vista del lenguaje. Lo que se espera del proceso es una generación de código común que permita una comunicación comprendida entre las partes. Este proceso tiene la siguiente estructura:

- El paciente aporta un dato sonoro.
- El terapeuta intenta comprender el código y lo interioriza.
- Responde a la pregunta del paciente.

El elemento fundamental para establecer una comunicación satisfactoria es la empatía. El terapeuta busca establecer una comprensión profunda del sentir del paciente. De esta forma el profesional buscará entregarle las herramientas para conocerse a sí mismo y así comenzar un proceso de desarrollo de autoestima e identidad. (Vannay, 2014, p. 87).

2.3.2.4 Método de Musicoterapia GIM de Bonny

El Método de Imaginación Guiada y Música (Guided Imagery and Music) o GIM es un método de psicoterapia musical profunda que facilita la exploración de la conciencia a través de la música clásica. El método GIM fue creado por Helen L. Bonny, violinista de

la Orquesta Sinfónica de Maryland. Desarrolló su método en el Centro de Investigaciones Psiquiátricas del Hospital Psiquiátrico de Maryland, a principios de los años 60. Trabajó en los inicios de los años 70 junto al Dr. Walter Pahnke, y después con el Dr. Stanislav Grof, con drogodependientes, bajo la concepción de que la música era un estímulo muy efectivo en el tratamiento terapéutico con LSD². Una vez finalizados los estudios, Bonny propuso que sin drogas, la música era suficientemente poderosa para estimular la imaginación, por lo que comenzó con la aplicación de música como único estímulo. En este proceso descubrió que las personas tenían recuerdos de imágenes y sentimientos al momento de ser estimulados con música que con LSD

El método GIM utiliza como técnica la “audición musical”. Se elige música específica para el paciente que se oriente a ayudar a conectar con un crecimiento y bienestar. . Se busca, con la terapia, llegar a rincones poco reconocidos de la conciencia. La música escogida debe ser tener ciertas características específicas (Bonny, 1994):

- La música debe actuar como pantalla proyectiva: La música es un medio no verbal que evoca sentimientos. La resistencia común que aparece al hablar de nuestros problemas se elimina.
- La música, como contenedora: De la experiencia del viajero, protege el espacio para que la persona entre dentro de sí.
- En GIM se eligen músicas por su potencial para despertar y sugerir una amplia gama de respuestas emocionales: Su cualidad dinámica de continuo cambio hace avanzar a la psique. El movimiento es sugerido por el tempo de la música, y también por los adornos (Bonny, 1994).
- La variabilidad de la música: esta variabilidad puede ser proporcionada por cambios en la melodía, armonía, timbre y dinámica. Demasiada variabilidad en la música también puede ser percibida como desorganización (Bonny, 1994).
- El estado de ánimo: expresado por la música es característica crucial en la elección de las piezas, y también en la decisión de cómo secuenciarlas dentro de un programa. Puede estar determinado por muchos factores: la línea melódica, las

² LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es una droga alucinógena

progresiones armónicas, los puntos de modulación y los efectos tímbricos de ciertos instrumentos.

Según Bonny, los objetivos terapéuticos se complementan con la música cinco formas distintas: ayudando al paciente a abandonar los controles usuales y a entrar más en su mundo interno; facilitando la liberación de las emociones intensas; contribuyendo a una «experiencia culminante»; dando continuidad a una experiencia donde el tiempo no existe;

Las sesiones, según Bonny (1978, p. 24), dependen de “el diagrama del viaje”, una secuencia que tres niveles de experiencia:

- Preludio
- Puente (ascensión o descenso a los estados más profundos)
- Centro o mensaje de la sesión.

Estos niveles se dan a medida que el paciente va experimentando la música, y ésta lo lleva a los distintos estados. Para lograrlo, el método se estructura de la siguiente manera:

1. Pre-sesión (Diálogo inicial)
2. Inducción
3. Experiencia con música.
4. Integración (dibujo de un mandala)
5. Post-sesión (Diálogo final)

2.3.2.5 Método Nordoff-Robbins o Musicoterapia Creativa

El método Nordoff-Robbins, también conocido como Musicoterapia Creativa, es un enfoque teórico y práctico basado en la psicología humanista. Este modelo surge del trabajo colaborativo a partir de 1959 por Paul Nordoff, compositor y pianista, y Clive Robbins, profesor de educación especial, fueron precursores en la aplicación de la música y la improvisación musical en el tratamiento de niños con diversas discapacidades o

trastornos. Los autores desarrollaron una nueva forma de hacer música en colaboración, para involucrar a niños vulnerables y aislados. A esta terapia la denominaron “terapia en la música”.

Este modelo parte de la base que todas las personas, independientemente de su estado psicológico y/o físico, tienen la capacidad de responder a la música. Además se mantiene que la música posee ciertas cualidades que facilitan la comunicación y la activación de los cambios, lo cual permite a las personas que la trabajan poder vivir con mayor nivel de recursos y creatividad.

Por ello Nordoff y Robbins fueron precursores de la aplicación de la improvisación y la composición musical en el tratamiento de una gran variedad de niños con diversidad funcional. En este sentido el Método de Musicoterapia Nordoff-Robbins se basa en el uso de estas dos técnicas.

Según Lorenzo e Ibarrola (2000), los autores diseñaron un concepto que ayudara a explicar los procesos de la musicoterapia en los niños. Crearon el término “niño musical”, que busca situar al niño en su estado actual. La musicoterapia estimula respuestas musicales y desarrolla las actividades de comunicación y autoexpresión que son esenciales para el individuo. Dichas actividades buscan llevar a los niños más allá de los límites anteriores de función y desarrollo. Esto favorece la expansión de la personalidad, más allá de los previos límites del “niño en su estado actual”. La técnica debe ser explorativa, consciente y flexible (Lorenzo e Ibarrola, 2000, p.369). A su vez utiliza actividades instrumentales y también la voz.

El Método Nordoff-Robbins se realiza en 3 fases (Nordoff y Robbins, 2007):

1. Primera Fase: Contacto exploratorio: se establecen los objetivos terapéuticos que involucra conocer al niño y su historia, observar la manifestación de sus patologías, buscar sus habilidades comunicacionales existentes y la búsqueda de las potencialidades. Con esto se debe establecer el enfoque terapéutico adecuado para trabajar.

2. Segunda Fase: Desarrollo integrativo: se elabora el desarrollo constructivo de la capacidad de respuesta a la comunicación. La música se va personalizando a medida que se observan reacciones a ella. Se busca realizar el tratamiento en busca de los objetivos establecidos y generar una comunicación y relación entre el terapeuta y el paciente. En esta etapa es relevante trabajar para aumentar la movilidad, la coordinación, el entusiasmo, el control físico o emocional, la vocalización y la liberación de las rigideces del niño
3. Tercera Fase: Comunicación y actualización personal: se busca conseguir mayores niveles de comunicación y relación, confianza y de competencia y se busca generar liberar los efectos patológicos

2.3.3 Musicoterapia y primera infancia

La razón por la cual, en este artículo, se consideró relevante enfocarse en los efectos de la musicoterapia entre los 0 y 3 años, es debido a que ésta es la etapa en la vida de un individuo, donde su “cerebro es especialmente receptivo a las experiencias nuevas y está especialmente capacitado para aprovecharlas. Si estos periodos de sensibilidad pasan sin que el cerebro reciba los estímulos para los que está preparado puede que disminuyan notablemente las oportunidades de aprendizaje de distinto tipo” (Bellamy, 2001, p.14).

Uno de los principales sistemas que se desarrollan desde la gestación y tienen sus máxima expresión de generación neuronal en el primer año de vida, es el sistema auditivo. Éste se encuentra altamente sensible a los estímulos, generando un entendimiento del mundo exterior en base a los sonidos. Desde el punto de vista de los efectos físicos del desarrollo auditivo, se encuentra el equilibrio, la flexibilidad, la coordinación de los movimientos, a la par que potencia el sentido de previsión y planeación (Oldfield, Flower & Hesketh, 2008). Es por esto, que es altamente relevante la intervención musical durante los primeros años, ya que es el periodo cúlmine para la generación neuronal del sistema auditivo y las

asociaciones que compone con él. Una intervención rica en música, permitirá una mayor maduración y asociación positiva entre el oído y el cerebro.

La musicoterapia es una ciencia asociada a las terapias alternativas, basadas en la intervención musical. A través de ella es que se han logrado entender los diversos beneficios que esta intervención puede tener en la vida de las personas, y especialmente si son aplicadas durante la primera infancia. Distintos estudios de la musicoterapia, utilizan evidencias aplicada en la primera infancia, específicamente con niños entre los dieciocho meses y los seis años de edad, en que se ha observado que potencia al desarrollo psicomotor, facilita la exploración de los sonidos y de movimiento del cuerpo, mejora la orientación. En cuanto al lenguaje, la musicoterapia favorece el vocabulario y el lenguaje expresivo (Schwartz, 2008). Se han observado que ciertas actividades de musicoterapia fomentan la integración social y comprensión del otro (Davies & Richards, 2002). La musicoterapia ha demostrado ayudar a la construcción y concepción que los niños hacen del mundo. Esto se logra a través del lenguaje expresivo que permite al niños interactuar con el medio que lo rodea, promoviendo su desarrollo cognitivo y descubrimiento de los estímulos externos, su cuerpo y sus relaciones con otros.

Los elementos musicales deben considerarse como medio de expresión y comunicación que le permite, a los niños, generar relaciones y vínculos con otras personas. Esa musicalidad es manifestación de sensaciones y emociones que le permiten interactuar con el medio, y esta relación es la que entendemos como cognición. El enlace de estas interrelaciones entre los bebés y su entorno, es la manera en que desarrollan entendimiento y aprendizaje con el mundo. Es importante repetir que, las primera interacciones que tienen los niños con sus padres son a través sonidos. Antes de poder hablar, los bebés utilizan componentes musicales para comunicarse. Es a través de ritmos, melodías y cánticos que los niños comparten y disfrutan sus vivencias. Escuchar esta música es estar en sintonía con ellos. “El intercambio de una vivencia sonora entre padres y niños fortalece los vínculos en edades tempranas, y se configuran modos de relación que luego el niño utilizará para establecer nuevas y posteriores relaciones”. (Gauna 2015 pg. 186).

2.3.4 Efectos de la música en el desarrollo cognitivo de niños entre 0 y 3 años.

Desde antes del nacimiento, los bebés han demostrado tener respuestas de sus sistema límbico, a las interacciones musicales. Pueden percibir la voz materna, los tonos, ritmos e incluso escalas de acordes. A los 6 meses logran reconocer cambios melódicos, de ritmos y tonos a canciones que reconocen. A los 3 años tiene mayor claridad y reconoce niveles de intensidad, timbre, duración, textura, desarrollando sensaciones de placer en torno a los sonidos (Custodio 2017).

Como vimos anteriormente, los primeros 3 años de vida son fundamentales en la producción de sistemas neuronales, ya que el cerebro de los niños está en su máximo nivel de plasticidad, buscando estímulos que le permitan entender y comprender el entorno, para generar herramientas y así enfrentarse a él. Al estar en una importante etapa de desarrollo el niño es considerado un musical y creativo, ya que tiene su propia música y se expresa a través de sus melodías, cánticos y balbuceos, y su expresión corporal (Vaillancourt 2009)

Según datos de UNICEF (s.f), escuchar música genera grandes cambios en la estructura del cerebro de los bebés. Un estudio del Institute of Learning and Brain Sciences, detectó que después de escuchar música, los cerebros de los bebés se veían diferentes, sobretodo en las zonas auditivas y de corteza prefrontal, que son aquellas que procesan la música y el lenguaje. Por otro lado, utilizando elementos musicales, se ha demostrado que los niños mejoran sus interacciones con otros, sobretodo en áreas que tienen que ver con ayudar y cooperar. Por otro lado, el efecto de hacer música es más poderoso aun, ya que requiere involucrar trabajo motor, lingüística y precisión matemática, y por supuesto la creatividad.

Cuando un niño está expuesto a música, su cerebro cambia. Estos cambios han detectado diversos beneficios como por ejemplo:

- Mejorar los estados de ánimo y reducir los niveles de estrés. Incluso la música armónicamente trise puede ayudar a generar catarsis y conexión con las emociones.

- Estimular la formación de hormonas en el cerebro como la dopamina y la oxitocina, que son elementos relacionados estímulos para compartir, empatizar y confiar.
- Aumenta la concentración y la productividad
- Mejora el aprendizaje
- Genera inteligencia espacial (asociado con las matemáticas, la computación y la ingeniería)
- Mejora el vocabulario y la creatividad.

Principalmente, los primeros años de los niños, definirán en gran parte, como enfrentarán cognitivamente el mundo y las herramientas que desarrollan para interactuar con él. Por lo mismo, estos años son los más relevantes para generar las mejores prácticas junto a ellos. La música es fundamental en las formulaciones de su confianza, estabilidad y facilidad de entendimiento.

3. CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE

Según las características de esta investigación, nos basaremos en un enfoque cualitativo, que se presenta en torno a la experiencia, apreciación y evaluación profesional de quienes son parte del núcleo de niños en residencias. Es importante tener claridad de que cada niño, que entra a un programa del Sename, tiene una realidad y condición distinta. No se espera que cada caso sea igual, pero es importante para el estudio, conocer la diversidad de casos para así encontrar un factor común, y generar un aporte. Se buscará identificar las diferencias que existen, entre los desarrollos cognitivos que médicamente se esperan en las distintas etapas de crecimiento, para relacionarlos con los testimonios de quienes conviven con niños en programas de residencias. Se pretende establecer relación entre los factores que influyen en el nivel de estimulación que reciben los niños, para concluir acerca de las posibilidades que existen de generar transformaciones en sus ambientes.

Es importante entender, a través de las entrevistas, cual es el proceso y desarrollo que viven los niños en las distintas etapas que puedan tener en relación a las residencias. Clave para el estudio es entender cuál es su estado, al momento de ser apartados de sus familias nucleares, y si se observan cambios de desarrollo proporcionales entre su vida en casa y su vida en residencia. Por otro lado, también existen casos de niños que son recibidos o pasan por familias de acogida. Estos relatos son esenciales para entender las percepciones de cambios, en los niños, según el nivel de cuidado e incentivo.

Dentro de esta evaluación, no se pretende genera un juicio en relación a los profesionales o voluntarios que forman parte del núcleo, sino que escuchar y conocer su realidad. Un elemento importante del enfoque de la investigación está en conocer las posibilidades que existen de integrar la musicoterapia en los distintos recintos. Según la experiencia de quienes trabajan en residencias, es que podrías generar una propuesta metodológica terapéutica realista para las posibilidades existentes.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque epistemológico es de carácter comprensivo, ya que su objetivo está en entender la realidad a la que se enfrentan los niños en residencias, y también la de sus cuidadores. Parte importante de la cognición tiene que ver con los apegos, la confianza, la seguridad y comprensión del entorno de los niños, y eso implicará un diagnóstico tanto profesional como emocional-subjetivo de quienes se relacionan con ellos.

Por otro lado, el carácter comprensivo, nos permite reconocer la experiencia directa de los musicoterapeutas y las impresiones que su trabajo con niños nos pueden entregar, con el fin de aterrizar los elementos de terapia que pueden ser implementados en situaciones tan particulares como las residencias.

3.3 UNIDAD DE ESTUDIO

La investigación toma como unidad de estudio la experiencia, apreciación y construcción que aporten las declaraciones recogida a través de los participantes. La apreciación y experiencia se base en profesionales y voluntarios, de distintas índole, que tienen experiencia con niños en residencias y que, a través de sus testimonios, puedan unificar conceptos claros y esenciales al momento de implementar el trabajo terapéutico.

3.4 MUESTRA

El diseño de estudio se basará en cinco entrevistas.: una psicóloga infanto-juvenil, un psicólogo especializado en musicoterapia, dos voluntarias experimentadas en apegos en residencias Sename, una musicoterapeuta con experiencia en Sename. La importancia de esta muestra está en obtener, desde cinco perspectivas distintas, un diagnóstico general de cuál es la situación de los lactantes al momento de llegar o permanecer en las residencias, con el fin de encontrar factores comunes de los distintos casos, que nos permitan desarrollar una metodología enfocada. Desde la perspectiva de los psicólogos se busca configurar una relación entre los niños desde una perspectiva médica, que nos permita obtener un diagnóstico científico. Las voluntarias, entregan una visión cercana en relación a la

cotidianidad de los niños, las relaciones familiares en las cuales se encuentran, y la influencia de los apegos en su desarrollo. Finalmente, los musicoterapeutas aportarán con las herramientas de diseño y experiencia de la metodología.

Es importante destacar que las experiencias de los entrevistados, no sólo tienen importancia para obtener información acerca de los niños, sino que también de las posibilidades que existen de implementar programas de musicoterapia.

La muestra elegida es intencional ya que responde, no a un elemento del azar, sino que características que responden al conocimiento y experiencia de lo que se busca resolver.

3.5 TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

Para este caso de estudio utilizaremos, con el fin de recopilar datos, un sistema de entrevistas semiestructuradas. Se destacan por tener un mayor grado de flexibilidad que las estructuradas, ya que se determinan en base a preguntas construidas en función de la investigación y que pueden ajustarse a los entrevistados. En un enfoque cualitativo son convenientes para la creación de un ambiente dinámico de conversación que permita al sujeto de investigación explicarse, aclarar términos o situaciones, contestar preguntas improvisadas y expresarse de manera natural según sus percepciones y perspectivas.

Según Flick, U. (2012), “*las entrevistas semiestructuradas se clasifican en los siguientes tipos: entrevista focalizada, entrevista semiestandarizada, entrevista centrada en el problema, y entrevista a expertos*” (pp. 140-141). En este caso, la entrevista será semiestandarizada, con el fin de obtener información en torno a los ejes centrales del proyecto, pero con la flexibilidad de que existan conversaciones abiertas que permitan que salgan a la luz, nuevas informaciones y percepciones por parte de los entrevistados. También está centrada en entrevistas a expertos. La importancia de éstos es que transmitan conceptos concretos, que orienten la posibilidad de determinar un cuadro metodológico efectivo y posible.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información cualitativa obtenida en las entrevistas utilizaremos el proceso de pasos según Vásquez, M.L. Ferreira, M.R. y Mogollón, A.S (2011 p.136):

- 1) El primer paso, es registro o grabación de los datos. Los datos cualitativos se recogen durante el trabajo de campo, de diversas maneras, grabando las entrevistas, tomando notas detalladas de las entrevistas y observaciones, grabando las observaciones con cámara de video o bien, mediante fotografías.
- 2) El segundo paso consiste en transformar los datos en material escrito, por tanto, se escuchan y transcriben las grabaciones. La transcripción del material recogido se hará textual, es decir, palabra por palabra, tal como se expresaron los entrevistados. Las cintas grabadas constituyen nuestra base de datos primaria y habrá que guardarlas hasta el final de la investigación. A cada entrevista se le asigna un código, de manera que se mantenga la confidencialidad y además, en todo momento se pueda identificar la procedencia de los datos.
- 3) El tercer paso es descriptivo y clasificatorio. Se trata de identificar las informaciones, de saber “qué es lo que se dice”, tanto si se ha preguntado o ha surgido espontáneamente y poder localizarlos posteriormente en el texto. En esta fase también se lleva a cabo la segmentación o separación del conjunto de los datos, que se realizan a partir de diferentes aspectos. La organización de los datos debe partir de criterios de relevancia para la investigación.

Es importante la etapa de análisis porque permite la extracción de nueva información durante la investigación. Se plantearán las entrevistas, en relación de distintos ejes que buscaremos ahondar según la hipótesis inicial de trabajo. En el proceso clasificatorio de la información, buscaremos las percepciones espontáneas y referenciales a aspectos que no hemos considerado con anterioridad. Al momento de analizar estos puntos, buscaremos

información común entre las diferentes entrevistas, para utilizar esos puntos referenciales para construir nuevos modelos de aplicación.

4. CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de las diversas entrevistas a profesionales de la psicología, la musicoterapia y personas con experiencia en residencias del Sename, hemos encontrado ciertos parámetros comunes a las condiciones y propuestas de desarrollo en torno a los niños. Es por esto, que esta sección estará dividida en los elementos principales encontrados al momento de evaluar el contexto real. Es importante destacar que, independiente a la importancia del marco teórico en torno a los elementos fundamentales psicológico y musicales, y sus relevancias en la aplicación, las entrevistas arrojan realidades que, en ocasiones, nos alejan de lo teórico y nos obligan a enfocar la evaluación en un marco más realista.

La evaluación de la metodología aplicada de entrevista, arrojó tres ejes fundamentales en los cuales nos enfocaremos como claves al momento de evaluar los resultados y también para realizar la propuesta de intervención. Los puntos 4.1 al 4.3 se dividen en: trauma psicológico, apego y reparación. Estos tres factores son fundamentales de entender no sólo en sí mismos, sino que también como un conjunto que ocurre de manera interconectada. La situación de los niños pequeños en residencias mantienen estos factores comunes al momento de desarrollarse en sus primeros años.

El trauma psicológico ocurre cuando los niños son expuestos a situaciones de estrés. Como vimos en el marco teórico, en relación a las condiciones que vive un niño al momento de entrar a un programa Sename, la mayoría de éstas son debido a negligencia, maltrato, violencia, abusos y también existe, por supuesto, la entrega voluntaria. Estas experiencias provocan en los niños potentes situaciones de estrés, y este estrés generado de manera permanente o constante, provoca lo que denominamos traumas. Los traumas pueden desarrollarse de diferentes maneras, generando principalmente un “cierre” o mecanismo de protección, que produce que los niños se distancien de su ambiente agresivo y entiendan al mundo como apático y no se abran a él. Esta progresión conllevará a un desarrollo cognitivo insano. Esta se consideraría la primera etapa de esta interconexión. Si consideramos que la mayoría de los niños, en residencias, vienen con esta carga, entendemos que el tratamiento fundamentalmente debe apuntar hacia este trauma. En el

capítulo 4.1 analizaremos el trauma psicológico en profundidad, desde los inicios de la psicoterapia hasta las teorías actuales.

Uno de los descubrimientos más importantes de este proyecto, tiene que ver con los efectos de la presencia de un apego saludable. El análisis se encuentra en el capítulo 4.2. El apego, es el contacto que se genera en las primeras etapas de vida entre los bebés y sus cuidadores (generalmente sus padres). De que el apego sea constante y saludable, depende de que los niños entiendan el mundo desde la protección y los afectos, o el miedo y la indefensión. El apego es la primera instancia de encuentro con el ambiente que los rodea, por lo tanto, es el primer desarrollo cognitivo. A raíz de la investigación, se ha determinado que el apego no sólo es un proceso necesario para el sano estímulo de un bebé, sino que también una herramienta esencial de reparación traumática.

El tercer y último elemento, es la reparación. Ésta se refiere a proceso de enmendar y rectificar los aprendizajes negativos de niños en relación a su entorno. Los eventos traumáticos y la falta de apegos saludables generan aprendizajes negativos en torno al ambiente y al mundo que los rodea. Estos aprendizajes derivan en conductas agresivas, baja autoestima, falta de confianza, desconexión con otras personas y otras múltiples patologías. La música ha demostrado tener factores tremendamente relevantes al momento de conectar con emociones presentes y también escondidas, permitiendo la expresión de distintas sensaciones través de los estímulos musicales y los efectos en el cuerpo y en la conexiones emocionales y sensoriales. Esta conexión permite sacar a flote los elementos traumáticos y generar cercanías en base a apegos con los terapeutas o personas vinculantes al niño. La reparación permite dar el primer paso de sanación.

4.1 TRAUMA PSICOLÓGICO

El concepto de trauma, deriva de la palabra en griego “herida” y se asocia a un daño tanto físico como psicológico que puede sufrir una persona. Desde le punto de vista de estas

tesis, nos enfocaremos en el trauma psicológico ya que es el centro de estudio y es una de las áreas de más relevancia en el tratamiento de los niños en residencias del Sename.

Según E1, los traumas pueden manifestarse de diferentes formas y en distintos periodos de tiempo. Desde pequeños, podemos observar trastornos en la alimentación, en el sueño y en la falta o excesiva necesidad de apego. Pero también puede ocurrir que bebés que parecen tener un desarrollo normal, comiencen a manifestar sus secuelas traumáticas en la adolescencia.

“Por ejemplo, que a mí me ha tocado trabajar con niños adoptados y que generan depresiones en la adolescencia. Que crecen como niños normales, juguetones y alegres, pero en la adolescencia empiezan todo este cuestionamiento cuando aparece el cuestionamiento de la identidad de mi origen ¿quién soy? ¿Por qué me dieron en adopción? Y eso se traduce por lo general en una muy baja autoestima, en una inseguridad tremenda, en crisis de pánico, en ansiedad y muchas veces en consumo problemático de alguna sustancia, pues el alcohol puede ser tabaco, puede ser una mezcla de todo. Por lo general esas cosas aparecen: depresión y ansiedad”

Por eso, es muy importante entender la naturaleza de los traumas, porque muchas veces no tendrán manifestaciones evidentes.

Según la OMS (1992), el trauma psicológico ocurre cuando:

“La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo discomfort en casi todo el mundo.”

Aun así, la historia para llegar a una definición de trauma psicológico ha sido bastante larga, donde hasta el siglo XIX, no era reconocida una como condición real que podía generar enfermedades adversas. Antiguamente se conocía como: histeria. Se conoce porque en sus inicios se consideraba una enfermedad propia de las mujeres. Recién a comienzos del siglo XVII, se realizaron importantes investigaciones sobre el sistema nervioso, donde la histeria se comenzó a entender como una perturbación de éste mismo, y se categorizó como una enfermedad del cerebro. Casi tres siglos ocurrieron hasta que Freud introdujera

esta nueva psicopatología y la ubicara como parte del registro anímico y postulara sus síntomas como parte de la naturaleza psíquica.

A medida que se generaron estas transformaciones conceptuales acerca de la histeria, se fueron ampliando sus variados síntomas y comprendiéndose como parte de una misma categoría clínica. En los comienzos, esta enfermedad se identificaba sólo por los ataques histéricos, y con la evolución de su comprensión permitió agregar distintos síntomas somáticos, menos notorios y también algunos más permanentes. También, debido a esta aprendizaje, es que se generó un cambio paradigmático en relación a su sintomatología que marco un cambio cultural en la civilización asociada a las creencias religiosas. Muchos de los ataques de histeria eran asociados con posesiones demoniacas, por lo que la medicina logró hacerle frente a estas creencias sosteniendo que, aquellos que se pensaban brujas o poseídas, en realidad estaban enfermas de la mente.

La historia de la histeria toma un punto de inflexión cuando Jean Martin Charcot, médico de los Hospitales de Paris y de la Salpêtrière en 1862, fundó del método clínico-anatómico o clínico-patológico para el estudio de los trastornos neurológicos. En la última etapa de su carrera estudió la histeria y de la hipnosis y notó la relación entre la histeria (a la que llamó la gran neurosis) y los traumas sufridos. Sus estudios se basaron principalmente en la observación, descripción y clasificación de los síntomas que experimentaban sus pacientes, pero sin estudiar la vida interior de las pacientes. Sigmund Freud y Pierre Janet, fueron alumnos de Charcot y mostraron interés en la continuación del estudio de la histeria. Ambos, por separado, llegaron a conclusiones similares: la histeria era causada por el Trauma Psicológico, que producía un estado alterado de conciencia.

4.1.1. Neurosis de Sigmund Freud

Sigmund Freud fue un médico neurólogo austriaco, considerado el padre del psicoanálisis. Cursó sus estudios en París bajo el alero del neurólogo francés Jean-Martin Charcot. Juntos trabajaron las aplicaciones de la hipnosis en el tratamiento de la histeria. Más tarde en su carrera, en ciudad de Viena y en colaboración con Josef Breuer desarrolló el método

catártico. Mediante estos estudios fue paulatinamente cambiando la sugestión hipnótica como método catártico por la asociación libre y la interpretación de los sueños. Su estudio centrado en la rememoración de los traumas psicológicos como causantes de los síntomas de la histeria, abrió el camino al desarrollo de la teoría de las neurosis. Este fue el inicio de la creación del psicoanálisis, a la cual se enfocó toda su vida.

Freud redefinió la histeria como neurosis, y plantea que ésta tiene origen en un incidente sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser asociado, transformándose en una enfermedad y provocando síntomas. Este incidente sexual se convierte en un recuerdo reprimido de una tentativa de seducción (fantasía de seducción), y su activación traumática depende de manera retroactiva acontece un segundo incidente que evoca al primero. Es en este momento que surge el síntoma. Por otro lado, Freud se da cuenta que pese a que los síntomas se manifiestan de manera somática, no tienen relación con los biológicos, por lo que propone "escuchar" al síntoma desde otra perspectiva distinta a la de la medicina biológica. Finalmente determinó que la neurosis ofrece distintos cuadros clínicos, muy variados, que son manifiesto de un conflicto psíquico originados por eventos sexuales en la infancia, reconoce en la histeria un predominio de la identificación, del mecanismo de la represión, síntomas corporales y del afloramiento del conflicto edípico desarrollado en los registros libidinales (Saldías, Lora 2006).

Al momento de estudiar las causas de la neurosis en general, Freud utiliza en primera consideración, la teoría traumática. Esta dependía de dos requisitos: primero que el efecto patológico fuera de índole sexual; y el segundo que el evento suceda con anterioridad a la madurez sexual. Estos serían los dos tiempos necesarios para la generación del trauma. El primero, el momento en el que ocurrió la escena traumática; el segundo, el momento en el trauma se produce a título de recuerdo, de representación. Cuando ocurre el reavivamiento del hecho mediante un recuerdo, se genera un *displacer* que se traduce en un efecto de enfermedad psíquica con las manifestaciones que ésta conlleva.

Freud establece la idea de que el trauma supone un modalidad de física y psicológica relacionadas por la sintomatología, donde un estado psíquico se manifiesta a través de reacciones corporales.

Como Freud nos lo indica en el texto acerca de los neuropsicosis de defensa, de 1984, se trata de la posibilidad para el sujeto de debilitar la intensidad afectiva de una representación que provoca displacer. En la histeria dicha intensidad pasa a las inervaciones corporales, se debilita por medio de un “trasponer a lo corporal”. Vemos entonces cómo la conversión da cuenta del modo en que las palabras y el cuerpo se regulan en la histeria. A raíz de esta hipótesis, Freud plantea la idea de que el cuerpo actúa como un “mecanismo psíquico”, o sea, que el síntoma es un símbolo lingüístico que permite actuar como puente entre la mente y el cuerpo. Junto a esta concepción del trauma, Freud se enfoca en una parte esencial de la predisposición psíquica a la neurosis, que está dada por el retardo con que la pulsión sexual puede tomar nota de la realidad. La elección de neurosis (la forma que adquiere después la enfermedad) va a depender del desarrollo del yo y de la libido en la cual sobrevino aquella inhibición del desarrollo. Freud plantea el gran cuestionamiento acerca de dónde se halla la inhibición y qué predispone a una neurosis u a otra, que responde al displacer provocado por la actualización del recuerdo el sujeto pone en juego un determinado síntoma defensivo a partir del cual surgirá la histeria, la neurosis obsesiva, y la psicosis.

El gran descubrimiento de Freud, en relación a los pacientes histéricos o actualmente llamados neuróticos adultos, fue determinar que el origen de sus patologías y síntomas se gestaban durante la infancia, y que habían sido provocados por traumas asociados a la sexualidad infantil. Esta visión es determinante al momento de entender los posibles daños que pueden estar asociados a la infancia violenta o negligente que pueden vivir niños que han pasados por los eventos traumáticos de separación familiar y abandono en residencias. Por otro lado, la importancia de las teorías de Freud, y su relevancia para esta tesis, se explican en que fue pionero en explicar que la infancia es el momento de construcción de las personas. La teoría psicoanalítica indica que la infancia fija el marco sexual dentro del

cual el sujeto y su pensamiento se mantendrán a futuro. La curiosidad sexual y sus pulsiones son quienes despiertan y estructuran cualquier infancia.

Freud en el psicoanálisis infantil plantea también, la importancia del juego y la trama de éste mismo. El jugar es fundamental para la creación de la personalidad y estabilidad psíquica del niños. Los hábitos infantiles desarrollarán sus habilidades futuras y se convertirán en sus rasgos y características permanentes en la adultez. Si el niño tiene un desarrollo normal, sus características deberían expresarse de forma moderada y en armonía con su personalidad, en cambio en el desarrollo anormal, como es en el caso traumático, los rasgos infantiles crean hábitos problemáticos que se expresan produciendo conflicto y desaprobación social. Este desarrollo normal, Freud lo define utilizando lo que consideraba que era el motor principal de la vida: el placer. Y en su teoría este se manifiesta desde la infancia. Los niños constantemente buscan que le sienten agradable y evitan lo que le sientes doloroso. Y esta relación entre lo agradable y doloroso se asocia con las necesidades que los padres o cuidadores son capaces de saciar. Desde la perspectiva psicoanalítica, la relación entre la madre y el bebé, durante las primeras etapas de la vida, se genera en base a miradas y contactos de piel provocando una conciencia de una existencia significativa, que provoca un vínculo que produce satisfacción mutua. Cuando este vínculo no se da, el niño registra frustración que afectará sus relaciones en un futuro y que generan una autoestima baja, la fantasía de no recibir por no merecerlo, sentimientos de no-valoración de sí mismo y angustia intensa de la cual requiere defenderse (Acuña, 2018). Este punto se vuelve relevante al concepto del apego y lo fundamental que es para el desarrollo estable y normal de un niños. Tal tema lo veremos en el próximo capítulo.

4.1.2 Donald Winnicott: agresividad y angustia

Como psicóloga infanto juvenil, E2 menciona a Winnicot como uno de los grandes referentes del trauma, sobretodo cuando se habla de niños. La visión que entrega, está muy determinada con la relación entre los padres o cuidadores y sus efectos en los distintos eventos traumáticos naturales que viven los bebés. “Y él habla de la importancia del juego.

Y el juego, la voz, el canto, el cantar, todo eso también está incorporado y la forma en que un terapeuta también trabaja con sus pacientes, uno también tiene que aprender a ir mediando el tono, cuando como le canto no le canto”

Donald W. Winnicott fue un médico especializado en pediatría que comenzó su trabajo como pediatra en 1923 en la que participó más de cuarenta años. De manera paralela, se desempeñó como psicoanalista haciendo síntesis de ambas profesiones. En 1927 ingresa a la Sociedad Psicoanalítica Británica. En 1940, Winnicott fue uno de los pocos que se opuso al uso del llamado electroshock y fue presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica, entre 1956-1959 y nuevamente entre 1965 a 1968. Winnicott fue uno de los autores que se dedicó específicamente a estudiar la agresión en el niño vinculada con la estructuración del psiquismo. Su aporte al psicoanálisis tuvo una gran diferencia con otros autores al momento de abordar la agresión.

Winnicott propone una definición de agresión desde una perspectiva diferente a cómo el psicoanálisis venía tratándolo. Para Freud, la agresión se vincula a la pulsión de muerte, innata, dirigida al exterior y al otro o contra sí mismo como autoagresión. Winnicott no comparte la idea de un instinto de muerte innato asocia la agresión a una fuerza de manifestación de vitalidad. Pero hace una distinción con el enojo el cual lo considera una agresión reactiva causada por respuestas adversas a algún evento ambiental.

“Para Winnicott el odio no es una emoción inicial en el bebé, sino que aparece muy tardíamente e implica poder reconocer al enemigo como otro. El odio se puede considerar como tal cuando hay un yo lo suficientemente integrado como para responsabilizarse de la intención agresiva, lo que se pone en evidencia en las patologías que incluyen problemas de autoestima, en las que se hace manifiesta la dificultad de sentir odio a pesar de la dimensión del daño recibido. La agresividad, para Winnicott, constituye una fuerza vital, un potencial que trae el niño al nacer y que podrá expresarse si el entorno lo facilita, sosteniéndolo adecuadamente. Cuando esto no sucede el niño reaccionará con sumisión, teniendo dificultad para defenderse, o con una agresividad destructiva y antisocial.” (Chagas, 2012)

Al observar a los bebés, Winnicott determinó que la forma en que éstos intentaban apoderarse de los objetos indicaba el grado de autorización o inhibición les había permitido su madre, es decir, a cómo ésta reacciona a los encuentros agresivos. Esta *agresividad primaria* adquiere diversos nombres para el autor: “avidez”, “amor o apetito primario”, “amor oral” y en todos los casos se refiere a un concepto relacionado a la motilidad, a la actividad y no a la intención de daño. Por lo tanto, Winnicott concluye que el problema no es la expresión de la agresividad, sino su temprana represión, que transforma el positivo impulso agresivo primario, necesario para el reconocimiento del otro, en agresión reactiva: “...si la sociedad está en peligro no es a causa de la agresividad del hombre, sino de la represión de la agresividad individual” (Winnicott, 1981 p. 281).

Cuando un bebé crece con un ambiente que promueve la regresión prematura de la motilidad agresiva, puede tener como consecuencia una depresión en la que la intensidad del amor se vea disminuida. En los primeros momentos, en que un bebé se enfrenta al ambiente, aun virgen de encuentros traumáticos, es esencial que la madre se preste a este encuentro. Si esto no ocurre y la madre se resiste reiteradamente dará a lugar a una agresividad reactiva como defensa. Este encuentro negativo con el ambiente, de manera prematura, puede afectar al niño en su capacidad de exploración y reconocimiento ambiental y finalmente acarrear problemas de aprendizaje. Winnicott explica que la agresión primaria, es esencial a la vida de un bebé, pero cuando el conocimiento y creatividad se ve impedida, le dificulta su aprehensión, y por otro lado, su energía se dirige completamente a la agresión reactiva.

La agresión reactiva puede también manifestarse de maneras menos evidentes. Cuando un niño convive con el maltrato y la agresión frecuente puede generar la implementación de ese mismo modelo de vínculo. En ese caso, utilizaría toda su energía psíquica para controlar esta experiencia lo que conllevaría una serie de cuadros asociados a la depresión (Winnicott, 1981). Además agrega que cuando no se permite la expresión de agresión en el niño, se genera una sensación de persecución del ambiente hacia él lo que puede generar una reacción de violencia encubierta y contra él mismo, como un esfuerzo por controlar o eliminar lo que se vive como malo en su interior.

En relación a los traumas, Winnicott hace una distinción entre los distintos eventos. Estos son relativos a su visión acerca de los factores externos o familiares. Desde su perspectiva, los bebés están siendo constantemente “traumatizados” por su madre en un marco de ajuste y habilidades de la madre para percibir la capacidad que tiene su hijo de emplear nuevos mecanismos mentales.

De aquí nace su aporte en relación al trauma sutil. Este lo define como como una vivencia pasiva, no anticipable por el pequeño niño, dada su temprana etapa de constitución. En esta, las intrusiones o fallas del ambiente, le siguen las reacciones del bebé o niño ante lo impredecible. (Tkac, 2009)

Esto ocurre cuando claramente los bebés han tenido la posibilidad de experimentar de manera saludable. Cuando esto ocurre, logran construir una arquitectura que los haga capaces de creer en sí mismos y en el mundo que los rodea. Por otro lado, los niños que han crecido con experiencias de vida angustiosas en torno a su ambiente cercano y un déficit de confiabilidad en su entorno, nos acercamos a la “angustia traumática” de Freud en relación al desamparo e indefensión. Winnicott introduce las angustias a un nivel más allá de los traumático.

La teoría de la angustia en Winnicott está referida a las angustias psicóticas, las cuales llamó angustias impensables, y describió en base a una sensación de caída infinita, en un cuerpo sin relación ni orientación. Estas angustias impensables ocurren normalmente en todos los bebés, pero se volverán patológicas si la madre no satisface las necesidades de cuidado. Winnicott define a la madre y al bebé como una unidad indiscriminada, por lo que la puede entender sus necesidades corporales y personales Si la madre cumple con su función y elimina las angustias impensables, el niño puede construir una personalidad sobre el modo de continuidad de existencia. En caso contrario, si se producen reacciones que alteran esta continuidad, y ocurren con mucha frecuencia, el bebé tendrá una evolución patológica. Cuando la madre es un buen elemento de contención, y logra evitar que el bebé caiga en estados de angustia frecuentes, logrará construirle defensas, mientras que los

cuadros de angustia impensables constante desintegrarán su arquitectura de confianza (Garbarino 2004).

4.1.3 Estrés y ACE

Parte importante del desarrollo infantil, depende de la forma en que se aprende a afrontar la adversidad. Cuando existe una sensación de amenazada, el cuerpo se prepara generando cambios para protegernos, como por ejemplo aumentando la presión arterial y secretando hormonas. Cuando las señales de estrés se activan en un niño que tiene un ambiente protector y de apoyo, éstos efectos fisiológicos se estabilizan y vuelven a su estado normal. Si este es el escenario general, se desarrolla un sistema saludable de respuesta al estrés. Al contrario, si la respuesta a las situaciones de estrés son extremas y prolongadas, y el niño no dispone de una red de apoyo a esta respuesta, se genera un daño o un debilitación de los sistema que componen la arquitectura cerebral. Esto puede ocurrir de por vida.

El Center of Developing Child (2008) de la Universidad de Harvard, distingue entre tres tipos de respuestas al estrés:

1. **Positiva:** se considera normal y esencial para el desarrollo saludable del bebé. Se caracteriza por breves aumentos de la frecuencia cardíaca y ligeras elevaciones de los niveles hormonales. Algunas situaciones que pueden desencadenar una respuesta positiva al estrés son el primer día con un nuevo cuidador o recibir una vacuna inyectada.
2. **Tolerable:** funciona activando los sistemas de alerta del cuerpo en mayor grado como resultado de dificultades más graves y duraderas, como la pérdida de un ser querido, un desastre natural o una lesión aterradora. Si la activación tiene un límite de tiempo y está amortiguada por las relaciones con los adultos que ayudan al niño a adaptarse, el cerebro y otros órganos se recuperan de lo que de otro modo podrían ser efectos dañinos.
3. **Tóxica:** puede ocurrir cuando un niño experimenta adversidades fuertes, frecuentes y / o prolongadas, como abuso físico o emocional, negligencia crónica, abuso de

sustancias o enfermedades mentales por parte del cuidador, exposición a la violencia y / o las cargas familiares, sin el apoyo adecuado de un adulto. Este tipo de activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés puede interrumpir el desarrollo de la arquitectura del cerebro y otros sistemas de órganos, y aumentar el riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés y deterioro cognitivo, hasta bien entrada la edad adulta.

Si bien las respuestas al estrés moderadas y de corta duración en el cuerpo pueden promover el crecimiento, el estrés tóxico conlleva una activación fuerte y sin alivio del sistema de manejo del estrés del cuerpo, cuando existe ausencia de un apoyo protector de un adulto. Sin adultos cariñosos para proteger a los niños, el estrés implacable causado por la pobreza extrema, la negligencia, el abuso o la depresión materna severa puede debilitar la arquitectura del cerebro en desarrollo, con consecuencias a largo plazo para el aprendizaje, el comportamiento y la salud física y mental.

En el caso de niños institucionalizados, *“Los estresores tienen que ver con el cambio de los adultos que están a cargo. Los bebés se tienen que enfrentar a que hay funcionarios y esos funcionarios van cambiando. Cambian los horarios y la rutina ... Probablemente cambie el nivel de bulla, de ruido, de sonidos a los que están acostumbrados”* (E3). Todos estos cambios generan importantes alteraciones al nivel de estrés de los niños.

En 1995 se desarrolló el término conocido como ACE (Adverse Childhood Experiences) que es un acrónimo de Experiencias Adversas en la Infancia. Este término se refirió a tres tipos específicos de adversidad que enfrentan los niños en el entorno del hogar: varias formas de abuso físico y emocional, negligencia y disfunción doméstica. En base a múltiples estudios sobre el ACE, se concluyó que existe una correlación poderosa y persistente entre ésta y una mayor probabilidad de malos resultados en el futuro, incluido un riesgo drásticamente mayor de enfermedad cardíaca, diabetes, obesidad, depresión, abuso de sustancias, tabaquismo, bajo rendimiento académico, tiempo sin trabajo y muerte prematura. El estrés tóxico explica cómo las ACE desencadenan reacciones biológicas que conducen a esos resultados. Ya que genera la activación excesiva de los sistemas de

respuesta al estrés en el cerebro en desarrollo de un niño, así como en el sistema inmunológico, metabólico sistemas reguladores y sistema cardiovascular. Experimentar ACE desencadena todos estos sistemas de respuesta al estrés que interactúan. Cuando un niño experimenta múltiples ACE a lo largo del tiempo, especialmente sin relaciones de apoyo con adultos para brindar protección amortiguadora, las experiencias desencadenarán una respuesta de estrés excesiva y duradera, que puede tener un efecto de desgaste en el cuerpo.

Según ACEs Aware (2021), algunos de los efectos de ACE en la primera infancia incluyen:

- Fracaso para prosperar en su enseñanza
- Retraso del crecimiento
- Interrupción del sueño
- Retraso del desarrollo

Hemos comprendido el trauma como término psicológico basado en una experiencia de adversidad grave o terror, o la respuesta emocional o psicológica a esa experiencia. Es importante entender, que cuando las residencias tienen niños que han pasado por experiencias tremendamente potentes y traumática, es necesario generar una necesidad de tratarlos en base a la presencia de ACE en lugar de abordarlos como acciones simplemente intencionales o castigables.

4.1.4 Institucionalización y trauma

Según E3, uno de los principales elementos traumáticos de la institucionalización tiene que ver con la satisfacción a tiempo de las necesidades. Al tener menos cantidad de adultos disponible por niño, la contención que cada uno requiere no es atendida, por lo que los niños no son calmados en base a sus necesidades. *“Tienes que esperar quizás más de lo que uno debería, esperar si tuvieras un cuidador por cada niño. Es decir, que te den la leche, que te saquen los chanchitos, que te dejen arropado. Para todo eso tienes que esperar. Y no es en el momento en el que el niño lo necesita. Y eso lo hace más traumático cuando eres bebé, sobre todo de 0 a 3. Eres un sujeto extremadamente dependiente de otros.”* (E3)

Cuando el trauma ocurre existen una variedad de síntomas que explican o se reflejan en el niño, como respuesta a estas situaciones. *“Generalmente las consecuencias tienen que ver con el ámbito emocional y la capacidad para autorregularse. Los bebés y los niños pequeños no tienen la capacidad de autorregularse. Necesitan que un adulto los ayude a regularse emocionalmente”*. (E3) *“Entonces cuando los bebés no tienen esa experiencia o han estado expuestos al nivel de estresores, como en este caso, a veces son más difíciles de consolar, a veces cuesta más que sean consolados por sus propios adultos o por otro adulto”*

La experiencia trabajando en residencias, ha permitido a E4 interactuar con niños que han llegado con diversas condiciones físicas como cognitivas: *“incluso a veces con muy pocas habilidades físicas. Niños que se deberían estar parando ni siquiera gatean. Nos tocaron un par de mellizos, por ejemplo, que tenían un año y que después supimos que los papás los tenían encerrados en un corralito. No se podían ni siquiera mover para la edad que tenían, entonces súper atrasados en toda su habilidad, en todo su desarrollo. Entonces la verdad que tú me dices en qué condiciones llegan. Hay de todo, hay de todo. La verdad que si, hoy no te lo podría generalizar”* (E4)

La mayoría de los psicólogos explican que, en la mayoría de los casos, las reacciones traumática se vienen a manifestar después, en la adolescencia, y se reflejan en autoestimada, relaciones complejas, crisis de identidad. Según E1, lo importante tiene que ver con reaccionar antes. Cuando trabajas con niños tan pequeños, se observan una conducta *“más visceral en el niño, como más reflejas: mal comportamiento, retraso en el control de esfínteres, retraso en el desarrollo del lenguaje, desconfianza de las personas nuevas, desconfianza del entorno”* (E1)

La diversidad de casos es enorme. Cada niños reacciona de manera distinta, pero en general la autorregulación es el factor más común en niños tan pequeños. Aun así se genera una advertencia importante que no debe pasar desapercibida. *“Las secuelas más complejas son cuando el niño ya no se queja. Mientras el niño se queje es sano porque está pidiendo, y*

porque el niño de alguna u otra manera hace el juego de que alguien lo va a escuchar. Cuando un bebé deja de llorar y deja de pedir y deja de quejarse, eso es extremadamente preocupante” (E3). Por esta razón es que no hay que descuidar a los niños que parecieran tranquilos y sin problemas, porque finalmente podrían ser los más traumatizados, llegando a un punto que ni siquiera son capaces de exhibir sus necesidades biológicas.

4.2 APEGO

4.2.1 Bases de construcción del apego

Los niños y niñas que han sufrido malos tratos graves en sus primeros años de vida, o sea, que han sido tempranamente traumatizados por la negligencia y el abandono o a causa de un ambiente caótico y hostil, presentan un reto enorme al momento de desarrollar apegos, debido a la complejidad y gravedad de sus trastornos. Según Rygaard (2008), *“el daño más grave que presentan los niños maltratados se manifiesta en su incapacidad para vincularse de un manera sana y constructiva con su entorno social.”*

Tras el nacimiento, con el cerebro en pleno desarrollo, las experiencias relacionales modelan aún más la organización de las neuronas y, por ende, la arquitectura cerebral. Las bases fundamenta les para los comportamientos constructivos y los que producen felicidad se adquieren a través del contacto físico y emocional con la madre y del padre, cuando éste participa en los cuidados cotidianos del bebé. Cuando los padres son activos y competentes en los aspectos emocionales, constituyen la primera y más fundamental fuente de amor. Cuando no lo son y además agreden activamente a sus hijos, éstos sufrirán el impacto de un ambiente carencial, donde el estrés de la violencia y de los abandonos producto de las rupturas repetidas alterará su organización cerebral. Aquí ocurre una de las consecuencias primarias del abuso o negligencia. Cuando a los bebés y niños no se las acaricia y se las abandona, los sistemas cerebrales responsables de la experiencia placentera de la vinculación afectiva dejan de funcionar. La consecuencia de esto, a corto plazo, son niños y niñas que sufren intensamente y cuyo dolor se les almacena en “memorias traumáticas” en

el cerebro emocional. Estas memorias determinan sus comportamientos, sobre todos aquellos que tienen que ver con la relación con los demás. A medio y largo plazo este sufrimiento conducirá a diferentes trastornos del desarrollo, así como a alteraciones importantes en sus modos de relacionarse o modelos de apego. Estos niños y niñas llegan a menudo a la adolescencia sin haber conocido experiencias relacionales reparadoras, tanto en calidad como en cantidad. Muchos de ellos no fueron protegidos o lo fueron tardíamente, por lo que no han conocido a un cuidador o cuidadora como sucedáneo de amor materno. Un ejemplo fundamental de lo anterior está determinado por el mecimiento de los recién nacidos y los lactantes. Ésta constituye una acción fundamental para el correcto desarrollo del cerebro, en especial del cerebelo. Este último es el que modula la producción de hormonas que se encuentran anormalmente aumentadas en los niños abandonados carentes de afecto y de cuidados, lo que explica la hiperactividad, los comportamientos violentos que estos niños presentan y las adicciones futuras en el periodo adolescente (Rygaard, N. P. 2008).

Existen otros estudios que demuestran que la falta de contacto y de cuidados hacen que el cerebro produzca más adrenalina, lo que también predispone a comportamientos más activos y agresivos. Este hecho facilita la adaptación al entorno: mientras menos cuidados y protegidos estén los niños, más agresivos tendrán que ser para sobrevivir. Los comportamientos violentos, son el resultado de una interacción entre el cerebro y su entorno.

4.2.2 Definiciones y tipología

4.2.2.1 Teoría del Apego de Bowlby

El concepto de apego, en la psicología moderna fue adaptado por John Bowlby en 1950. En ésta, el apego es considerado como una relación emocional especial, la cual se relaciona con un intercambio de placer, cuidado, seguridad y confort. Esta teoría se hizo efectiva en

1979 y es considerada la más profunda en relación al tema. La teoría del Apego de Bowlby, se basó en los postulados provenientes del psicoanálisis en relación a la idea de que las primeras experiencias que se dan en la infancia tienen un papel fundamental en el comportamiento y desarrollo humano que determina las siguientes etapas de la vida. Según este autor, el estilo de apego de cada persona se establece de acuerdo a la forma en que el apego podría formar parte de la naturaleza humana, debido a que la sobrevivencia de nuestros antepasados se debían a fuertes vínculos emocionales para trabajar en equipo.

John Bowlby determinó tres aspectos claves para su Teoría del Apego. El primero establece que cuando un niño posee plena confianza en que su criador siempre estará disponible para él, será menos probable que experimente miedo en comparación con un niño que no confía en que su cuidador siempre estará para él. El segundo, sugiere que la confianza mencionada en la primera propuesta se construye durante la infancia y la adolescencia, etapas consideradas críticas en el desarrollo humano. Asimismo, consideraba las expectativas que el niño desarrollara sobre las relaciones humanas en estas etapas, en la mayoría de los casos lo acompañarían durante el resto de su vida. El tercer y último aspecto menciona que las expectativas mencionadas en la segunda propuesta están directamente relacionadas con la experiencia de la persona. Esto quiere decir que un niño tendrá expectativas de que su cuidador estará disponibles para él si en el pasado ya lo ha estado.

Características de la Teoría del Apego de Bowlby (Bowlby 1979)

6. **Mantenimiento de proximidad:** El mantenimiento de proximidad era definido por Bowlby como el deseo de estar cerca de aquellas personas con las que se había creado un vínculo.
7. **Refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro una amenaza:** El refugio seguro es la característica que sugiere que el apego es una figura utilizada para sentir seguridad y comodidad ante aquellas situaciones que puedan representar una amenaza o un miedo
8. **Base segura desde la cual explorar el mundo:** La base segura es una característica relacionada con la capacidad del niño de sentir que puede explorar el ambiente circundante sin peligros, gracias al apego.

9. **Angustia por separación:** Por último, la angustia de separación no es una característica generada por el sentimiento de apego, sino por su ausencia.

Según John Bowlby, el apego no se formaba de manera inmediata, por lo que era necesario una evolución que consistía en cuatro etapas para su construcción. Está determinado que estas etapas son fundamentalmente asociadas con el bebé y su madre, pero pueden también construirse en relación al niño y su cuidador. Estas cuatro fases se dividen en las siguientes:

1. **Fase de preapego:** Ocurre en las primeras seis semanas de la vida humana. En esta etapa el niño acepta sin inconvenientes a cualquier persona capaz de ofrecerle comodidad. Por ello, es natural que no se pueda percibir ninguna clase de preferencia del bebé por alguna persona en específico.

Esta etapa está facilitada por conductas innatas con las que nace el bebé, que tiene como objetivo obtener la atención de personas adultas. Se considera que esta etapa, al tratarse de una fase de preapego, el reconocimiento materno por parte del niño es muy básico, de manera que el vínculo de apego es bastante débil. Por ello, apenas pueden visualizarse las primeras muestras del desarrollo del vínculo de apego cuando la fase está cerca de terminar.

2. **Fase de formación:** Esta etapa comienza después de las seis primeras semanas de la vida y tiene una duración de aproximadamente ocho meses. En esta etapa ya puede visualizarse la angustia de separación cuando el niño pierde el contacto con los adultos.

Lo que sí es relevante aun de esta etapa, es que no existe una especial atención a la ausencia materna, por lo que el niño, tampoco rechaza por completo la interacción con desconocidos. Esta etapa se caracteriza porque el niño comienza a ajustar su conducta. Empieza a generar una relación especial con sus padres o cuidadores directos. Aun así, la ansiedad de separación se presenta cuando deja de experimentar contacto con adultos, no necesariamente con sus padres.

3. **Fase de apego:** Esta fase se presenta entre los seis u ocho meses, según el término de la fase de formación, y tiene una duración aproximada de dos años. Es durante esta fase, justamente, en que se genera un verdadero vínculo de apego. La muestra más clara de esto es que, cuando el niño es separado de sus padres y experimenta angustia o enojo.

En este periodo puede notarse un rechazo físico por parte del niño ante los desconocidos, quienes puede identificar como amenazas. Es por esto que durante el desarrollo de esta etapa las acciones del infante están orientadas a obtener la atención de sus padres, pues siente la necesidad de su presencia.

4. **Fase de relaciones recíprocas :** es la última fase de apego y comienza a desarrollarse desde los veinticuatro meses. En esta etapa el niño ya ha aprendido que la ausencia de su madre es temporal, de manera que adquiere la capacidad de calmar la ansiedad al estar lejos de ella.

Los niños comienzan a ser capaces de crear representaciones mentales de sus padres gracias a los inicios del lenguaje. Esto le ofrece al niño un recurso que le permite predecir que retorno de su madre, haciendo que su ausencia resulte más llevadera para él. También es común que el niño planifique estrategias orientadas a planificar los retornos a su hogar.

Por último, hay que mencionar que cuando termina esta etapa de apego, la relación afectiva ya es sólida tanto de parte de la madre como del niño. Es por esto que el contacto físico pierde un poco la importancia. No obstante, la necesidad del niño de encontrar a su madre para sentirse seguro puede manifestarse ocasionalmente. La diferencia en comparación a cuando el apego continuaba formándose es que es que ahora el niño es consciente de que su madre estará disponible para él si la necesita, incluso cuando no exista el contacto físico.

La idea principal de Bowlby era que el sistema de comportamiento de apego se desarrolla con el objetivo de aumentar las posibilidades de protección y supervivencia de los pequeños en edad lactante. Esta protección está basada esencialmente en la cercanía física y

en el contacto entre la madre y el bebé durante los primeros años. Si se perturba esta protección o no llega a establecerse, aparecen ciertos síntomas característicos tanto en los padres como en el bebé, tales como llorar, buscar al otro, lamentarse, etcétera.

En 1978, junto con Bowlby, Mary Ainsworth mediante el “Test de la situación del extraño”, detectó tres modelos de reacción característicos (o estrategias de proximidad) cuando la madre abandona la habitación. Más adelante detectaron un cuarto modelo. Durante este test diseñado, la madre y el niño de un año son introducidos en una sala de juego, la madre deja la habitación dos veces durante tres minutos a lo largo del test, y se observan las reacciones del niño cuando la madre sale de la habitación y cuando regresa. A partir de este experimento, se determinaron los siguientes cuatro tipos de apego:

4. Apego seguro-autónomo: El niño reacciona cuando la madre sale de la habitación, su conducta exploratoria disminuye y se muestra claramente afectado, el regreso le alegra claramente y se acerca a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Hay una alegría íntima y mutua en el contacto entre la madre y el bebé.
5. Apego inseguro-evitativo: el niño aparentemente no reacciona ante la ausencia de la madre y continúa explorando e inspeccionando los juguetes. Cuando la madre regresa, ésta también dirige más su interés hacia los juguetes que hacia el niño. Los estudios demuestran que el niño en verdad está muy estresado por la ausencia de su madre y que este estrés persiste durante más tiempo que en el niño seguro. Es como si el niño supiese que si muestra los sentimientos apropiados de la separación surge el rechazo, y por eso controla la expresión de estos sentimientos. Se utiliza una gran cantidad de energía para suprimir las reacciones de un apego natural.
6. Apego inseguro-ambivalente: el niño se muestra muy preocupado por el paradero de su madre y apenas explora los juguetes, mostrando angustia y un comportamiento de control aún antes de que la madre salga de la

habitación y no retoma la actividad del juego tras el regreso de su madre. El niño vacila entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. Parece querer reasegurar una proximidad de la que se siente inseguro.

7. Apego desorganizado-desorientado: el comportamiento del niño contiene elementos de uno de los modelos anteriores, pero el niño no reacciona ni a la separación ni a la reunión con ningún modelo coherente. Parece “congelado” en una posición rígida, aferrado a su madre pero sin mirarla, volviendo la cara. Este modelo parece estar relacionado más adelante con trastornos de la personalidad y otros problemas. Aproximadamente el 15% de los niños de un año muestra el modelo desorganizado. Algunos de estos niños (no todos) desarrollan más tarde un trastorno de apego reactivo.

Algunos autores parecen coincidir que el apego seguro/autónomo lleva al niño a explorar y a entusiasmarse con el entorno la mayor parte del tiempo. Los otros tres modelos de apego parecieran generar un consumo excesivo de energía para el que éste deja de lado la exploración y el desarrollo para cubrir la necesidad de una base segura.

4.2.2.2 Trastorno del Apego Reactivo (TAR)

A raíz de estas investigaciones es que llegamos al concepto de *Trastorno del Apego Reactivo (TAR)*. Según la Clínica Mayo,

“El trastorno reactivo de la vinculación es una enfermedad excepcional, pero grave, en la cual un bebé o niño pequeño no establece vínculos saludables con los padres o personas responsables del cuidado. El trastorno reactivo de la vinculación puede manifestarse si no se cumplen las necesidades básicas del niño en cuanto a comodidad, afecto y nutrición, ni se establecen vínculos estables de cariño y cuidados con los demás”.

Mayo (Scott C. Litin, M.D. 2018)

Aun así, según los mismo autores, con un tratamiento los niños pueden llegar a generar relaciones más estables y saludables con personas responsables del cuidado y otros. Estos

tratamientos contienen terapia psicológica, la educación de los padres o cuidadores, el aprendizaje de interacciones positivas entre el niño y las personas responsables del cuidado, así como la creación de un ambiente de crianza estable.

El TAR cubre una serie de problemas de comportamiento que se observan frecuentemente en los niños que no han recibido suficiente atención durante los primeros años de su vida. La característica común de los niños con trastorno de apego reactivo grave es una habilidad muy reducida para responder emocional y socialmente de una manera adecuada

Según Rygaard, N. P. (2008) existen una serie de criterios que describen este problema:

1. **Comportamiento antisocial durante la infancia:** Comportamiento intimidatorio, violento y agresivo, falta de destreza para aprender de experiencias sociales (incluyendo castigos/restricciones). El niño puede presentar una intención sadista o socialmente destructiva, dañar a otros niños o animales, presentar una carencia permanente de vergüenza, culpa o remordimiento y sentimiento de culpa sólo ante una confrontación. Es típico un comportamiento de enfrentamiento/fuga/rigidez (vagabundeo, conflictos sin fin, testarudez).
2. **Comportamiento de apego no selectivo:** El niño se mostrará simpático y confiado hacia nuevas personas y hacia personas con las que mantiene un contacto fortuito. Es incapaz de distinguir emocionalmente entre personas familiares y no familiares, y frecuentemente está pegado a sus cercanos Asimismo presenta un comportamiento afectivo inmaduro. (tiene pautas de comportamiento de contacto normales para los 6- 12 meses de edad). Igualmente tiene pautas de contacto cortas y superficiales. Estos contactos indiscriminados no generarán en una relación duradera. La privación, la negligencia y el abuso han sido el elemento más importante de la infancia temprana, y el diagnóstico no puede realizarse con certeza antes de que, aproximadamente, el niño cumpla 7 años. Existen numerosas variaciones individuales de estos modelos básicos de apego reactivo, en un extremo un niño introvertido, cerrado y autodestructivo, que no es capaz de funcionar en las relaciones sociales y, en el otro extremo de la escala, un niño muy extrovertido, impulsivo/agresivo. El problema principal es que el niño está incapacitado para desarrollar relaciones mutuas con los otros de forma cariñosa y atenta. Las

competencias sociales están comprometidas y otros aspectos de la vida –tales como juegos, aprendizaje, trabajo, tener amigos, la formación de una familia o de un grupo– también se ven afectados. Las reacciones negativas de otros (conflictos y decepciones) alterarán su desarrollo cotidiano. Por esta razón, la capacidad de aprendizaje intelectual no estará perturbada y, así, pueden desarrollar problemas secundarios tales como delincuencia y toxicomanía.

4.2.2.3 Sincronía de Ruth Feldman

Ruth Feldman, PhD es profesora de neurociencia social del desarrollo en el Centro Interdisciplinario (IDC) Herzlia con nombramiento conjunto en el Centro de Estudios Infantiles de Yale. Es titulada en composición musical, neurociencia, psicología clínica y psicología del desarrollo y psicopatología, su enfoque integra perspectivas de neurociencia, desarrollo humano, filosofía, práctica clínica y las artes dentro de un marco interpersonal y un enfoque basado en el comportamiento. Su modelo conceptual sobre la sincronía bioconductual describe sistemáticamente cómo una experiencia vivida dentro de relaciones cercanas construye el cerebro, crea relaciones, confiere resiliencia y promueve la creatividad. Sus estudios fueron los primeros en detallar el papel de la oxitocina en la formación de lazos sociales humanos.

En su trabajo utiliza el concepto de sincronía, una construcción utilizada en múltiples campos para denotar la relación temporal entre eventos, y los aplica al estudio de las interacciones entre padres e hijos de manera intersubjetivas. En éste, se evalúan tres tipos de relaciones cronometradas entre el comportamiento afectivo del padre y del niño: concurrente, secuencial y organizado en un formato de patrón continuo, y el desarrollo de cada uno estrazado durante el primer año. Visto como una experiencia formativa para la maduración del cerebro social, la sincronía afecta el desarrollo de la autorregulación, el uso de símbolos y la empatía a lo largo de la infancia y la adolescencia. Diferentes patrones de sincronía con la madre, el padre y la familia y entre culturas. Se describen modos de

coordinación específicos de la relación. La capacidad de participar en actividades y las interacciones se basan en mecanismos fisiológicos, en particular sistemas osciladores, como el reloj biológico y el marcapasos cardíaco, y hormonas relacionadas con el apego, como la oxitocina. Específicamente, los patrones de sincronía se describen en una variedad de condiciones de riesgo relacionadas con el contexto, los padres y los niños, señalando su relevancia y utilidad para el estudio de la psicopatología del desarrollo. Desde esta perspectiva, que subraya la organización de comportamientos relacionales discretos en patrones emergentes, considera que el tiempo es un parámetro central de la emoción y los sistemas de comunicación pueden ser útiles para el estudio de la intimidad interpersonal y su potencial de transformación personal a lo largo de la vida (Feldman, 2007).

Sus investigaciones sobre la neurobiología de las relaciones sociales se basan en modelos de desarrollo y métodos de neurociencia y, a menudo, implican un seguimiento longitudinal desde la infancia. Se centran en los sistemas neurobiológicos que sustentan los vínculos humanos, en particular el sistema de oxitocina y la base cerebral del cuidado y la vinculación social, y aborda los procesos de sincronía bioconductual mediante los cuales los momentos sociales naturales se traducen en relaciones humanas significativas. En varios proyectos observan cómo las relaciones tempranas y su neurobiología dan forma a las habilidades sociales, los sistemas de estrés y afiliación, la maduración social del cerebro, los procesos regulatorios y la capacidad de formar vínculos íntimos a lo largo de la vida de los bebés humanos. Sus estudios también se enfocan en las contribuciones de la madre y el padre al desarrollo social y neuronal de los bebés durante la infancia.

En sus trabajos observó la capacidad de desarrollar resiliencia de parte de los bebés. Trabajando con bebés prematuros, bebés expuestos a depresión materna y bebés que crecen en contextos de trauma crónico. Cada caso representa interrupciones específicas del vínculo entre padres e hijos y ofrece una ventana única a la resiliencia. Tales situaciones se observa que pueden especificar cómo las alteraciones en el entorno temprano esperado, impactan el resultado a largo plazo y cómo la neurobiología de la afiliación proporciona una vía de resiliencia.

De los estudios presentados en a continuación realizados por el Ruth Feldman Lab (2019) se han obtenido las siguientes conclusiones:

El trauma temprano crónico y sus efectos a largo plazo

Se observó cómo la exposición al trauma temprano crónico aumenta la psicopatología, aumenta el estrés e impacta el funcionamiento del cerebro en todo, al seguir a los niños expuestos a traumas relacionados con la guerra. Se hizo un seguimiento a los niños que viven en Sderot, una pequeña ciudad israelí ubicada a 10 km de la frontera de Gaza y expuesta a repetidos ataques con misiles desde la infancia hasta la adolescencia tardía. El estudio se enfocó en efectos del estrés sobre la inmunidad y el papel protector del sistema de afiliación en la resiliencia.

Se concluyó que:

- La exposición al trauma aumenta la prevalencia de los trastornos infantiles: durante la infancia y la adolescencia, la exposición al trauma aumenta notablemente la propensión infantil a la psicopatología y, a menudo, los niños presentan más de un trastorno. La psicopatología generalmente aumenta con la edad.
- Los efectos del trauma en los resultados del niño son sensibles a las disposiciones biológicas y genéticas; los efectos del trauma están determinados por la reactividad temperamental y la variabilidad individual en genes clave implicados en la afiliación y la respuesta al estrés.
- La exposición al trauma interfiere con el desarrollo de los sistemas hormonal e inmunológico, incluido el funcionamiento del sistema de oxitocina del niño, el cortisol en la saliva y el cabello, la alfa amilasa salival y los biomarcadores inmunitarios. Cuando el sistema materno paralelo y el comportamiento de los padres son más funcionales, se reducen las interrupciones en los sistemas endocrinos del niño.

- La exposición al trauma impacta longitudinalmente el cerebro de los niños; el trauma afecta la red de modo predeterminado del niño y los sistemas neuronales que sustentan la empatía y el apego.

La depresión materna y su impacto a largo plazo

La depresión materna afecta aproximadamente al 15% de las mujeres en las sociedades industriales y tiene efectos medibles en el desarrollo infantil. En varios estudios, incluido un estudio que se realizó desde el nacimiento hasta la adolescencia, se describen las consecuencias para el desarrollo cuando existe exposición a la depresión materna, incluida la susceptibilidad a los trastornos psiquiátricos, las alteraciones del estrés y las hormonas de afiliación, la disfunción del sistema inmunológico y las alteraciones en la base neural de la empatía y el apego.

- La depresión postparto aumenta la prevalencia de los trastornos infantiles: la exposición a la depresión materna crónica aumenta notablemente la propensión del niño a presentar un trastorno psiquiátrico, en particular ansiedad y trastornos de conducta.
- La depresión postparto afecta la calidad del cuidado desde la infancia hasta la adolescencia; la depresión afecta la capacidad de la madre para brindar un cuidado óptimo apropiado para la edad.
- La paternidad puede mitigar los efectos de la depresión materna: cuando los padres brindan cuidados involucrados y sensibles, pueden mitigar algunos de los efectos de la depresión materna crónica en la salud mental, el comportamiento social y el ambiente familiar del niño.
- La exposición a la depresión materna afecta las funciones reguladoras, las habilidades sociales y el comportamiento prosocial de los niños, incluida la regulación de las emociones negativas y positivas, las funciones ejecutivas, la comprensión de las emociones, el compromiso social, la empatía y la calidad de la amistad.

- La depresión materna afecta el desarrollo de los sistemas hormonal e inmunológico, incluido el funcionamiento del sistema de oxitocina, el cortisol diurno y reactivo, la DHEA y los biomarcadores inmunitarios mediados por las interrupciones en el cuidado materno.
- La depresión materna impacta longitudinalmente la base cerebral de la empatía y la afiliación.
- La depresión postparto altera los sistemas neuronales de maduración que sustentan la empatía y el apego en la adolescencia.

Nacimiento prematuro y el rol del tacto

Los bebés que nacen prematuramente se ven privados del contacto corporal de la madre y a la satisfacción de sus necesidades inmediatas. En los estudios, se observaron niños nacidos prematuramente, desde el nacimiento hasta la adultez temprana, enfocándose en sistemas específicamente afectados por la presencia materna. Se probaron los efectos de Kangaroo Care en el cerebro, las hormonas y el comportamiento de los niños desde el nacimiento hasta la adultez temprana. El papel del tacto también se estudió a través de intervenciones basadas en masajes, observaciones directas y en condiciones psicopatológicas donde el contacto materno es mínimo (por ejemplo, depresión posparto, retraso del crecimiento infantil).

- El nacimiento prematuro se asocia con interrupciones de las funciones reguladoras a lo largo de la infancia; durante la niñez y la adolescencia, la exposición a la depresión materna crónica aumenta notablemente la propensión del niño a presentar un trastorno psiquiátrico en toda regla, en particular ansiedad y trastornos de conducta.

- Los efectos de la prematuridad en los resultados del niño a largo plazo son el resultado de la interacción de la crianza y las habilidades reguladoras del niño: las influencias mutuas de la autorregulación y la crianza a lo largo del tiempo configuran los resultados en los bebés prematuros durante la infancia.
- La provisión de contacto físico (cuidado canguro) ejerce efectos favorables a largo plazo en el desarrollo del niño desde la infancia hasta la edad adulta, incluida la mejora de la autorregulación, la cognición y la atención, el sistema de apoyo fisiológico, las habilidades sociales, los sistemas hormonales y los sistemas neuronales.

4.2.3 Negligencia

Cuando los bebés nacen comienzan a generar interacciones con los adultos que los cuidan. Este intercambio afecta la formación de las conexiones neurales y el circuito del cerebro en desarrollo. A medida que los bebés crecen, van desarrollando una participación más compleja con su entorno, que se refleja en expresiones faciales, pequeños llantos y balbuceos. Los adultos generan respuestas a estas manifestaciones y responden con expresiones similares y vocalizaciones múltiples. Estos intercambios recíprocos y dinámicos son los que poco a poco van moldeando la arquitectura cerebral de los niños, que se encuentra en pleno desarrollo. Cuando las respuestas de los adultos no se conectan con las necesidades del bebé, son inapropiados, generan estrés en el niño. Simplemente son inexistentes, los circuitos del cerebro se ven perturbados afectando directamente el proceso de aprendizaje y comportamiento.

Estas acciones recíprocas entre los bebés y los niños son acciones biológicas que se definen como esenciales para el desarrollo. Desde la perspectiva inicial de los niños, las respuestas

son esperadas y necesarias. Cuando éstas no existen, se genera una amenaza para su desarrollo y bienestar. Esta amenaza, genera una activación de los sistemas biológicos del niño como respuesta al estrés y por consecuencia se produce una reacción tóxica. Cuando estos eventos son permanentes y repetitivos, se genera una pérdida de oportunidad de aprendizaje desarrollando interacciones limitadas y poco efectivas. Esta impresión sobre el cerebro pone en evidencia los efectos dañinos de la negligencia, y la importancia que tiene generar intervenciones tempranas.

E3 no explica que la base para un desarrollo óptimo tiene que ver con que las necesidades sean satisfechas a tiempo y que haya cierta estabilidad o rutinas que permitan que el niño sepa que existen cosas seguras en su vida: *“Y la idea es que para que este desarrollo integral sea lo más sano, adecuado y menos interrumpido, es que cuando tú manifiestas una necesidad, esa necesidad sea resuelta oportunamente por tu adulto. Es decir, yo soy un bebé, tengo hambre y lloro ojalá la alimento esté pronto y no dos horas después”* (E3). la negligencia está precisamente en que estas expectativas no son cubiertas y el niño se ve dejado al gusto y tiempo de los adultos. Esta situación les genera un entendimiento de que el entorno no existe para ellos, lo que les limita su interacción y desarrollo.

Cuando esta negligencia se vuelve crónica y los niños no reciben respuestas o éstas son muy escasas pueden sufrir múltiples de consecuencias físicas y de salud mental adversas que perjudican su desarrollo. Estas consecuencias pueden incluir retrasos cognitivos y del crecimiento físico, deficiencias en las habilidades de la función ejecutiva y de autorregulación, y perturbaciones en la respuesta del cuerpo al estrés. En base a las entrevistas y algunos estudios, la negligencia severa (o privación) puede provocar:

- Perturbaciones en la zona del cerebro que procesa la información, generando posibles déficit atencionales, emocionales, cognitivos y de comportamiento.
- Alteraciones a las respuesta del estrés, conllevando a mayores probabilidades de padecer ansiedad, depresión, y problemas vasculares.
- Dificultades para el desarrollo emocional e interpersonal, asociados a negatividad, bajo control de impulsos, desórdenes de personalidad, y bajos niveles de confianza y autoestima.

- Riesgo de experimentar dificultades de aprendizaje y del rendimiento escolar, basados en bajos niveles de atención y habilidades ejecutivas.

4.3 REPARACIÓN

4.3.1 Reparación Neuropsicológica

La concepto de reparación tiene diferentes connotaciones. Podemos evaluarla desde un punto de vista físico, emocional, neurológico, económico, psicológico, dependiendo del efecto que haya causado el proceso traumático. Desde este punto de vista, entenderemos la situación de los niños en residencias, alterada de una manera psicológica y neurológica. Por lo que vimos en relación a los diversos traumas o estrés que viven los niños y la falta de apego, entendemos que las complicaciones se derivan desde una perspectiva emocional y cognitiva. Debido a esto es que acotaremos el concepto de reparación y lo entenderemos como neuropsicológico. Por lo que a partir de ahora nos referiremos al reparación neuropsicológica infantil.

Desde la teoría, la rehabilitación neuropsicológica se define como:

“La aplicación de procedimientos y técnicas con el fin de que las personas con déficits cognitivos puedan retornar a sus actividades cotidianas de manera segura, productiva e independiente. Además, se caracteriza por individualizar los procedimientos, enfocarse en metas relevantes para el sujeto, considerar los aspectos emocionales y sociales del paciente y evaluar constantemente de las ganancias obtenidas en el proceso” (Suárez 2016)

Desde esta perspectiva la rehabilitación neuropsicológica no sólo depende de las ganancias funcionales del tratamiento, sino que debe incluir diferentes enfoques e involucrar a los familiares y cuidadores. Este proceso debe buscar eliminar barreras que impidan a los niños con déficit cognitivos, llevar a cabo una vida normal, y darles herramientas que le permitan tener independencia y autocuidado.

Según Suarez (2016), para conseguir los objetivos anteriores son necesarios diferentes enfoques básicos teóricos de la rehabilitación neuropsicológica que son: la restauración, la compensación, la sustitución, la activación-estimulación y la integración.

- La **restauración** tiene como objetivo estimular directamente las funciones cognitivas deterioradas, por medio de ejercicios cognitivos.
- La **compensación**, en cambio, se centra en entrenar las funciones cognitivas preservadas, de forma que con estas se puedan compensar las deficiencias producidas por las funciones alteradas
- La **sustitución**, por su parte, intenta enseñar al paciente estrategias o entrenarle en el uso de ayudas externas para reducir los efectos de las alteraciones cognitivas.
- La activación-estimulación consiste en incrementar la activación de áreas cerebrales hipoactivas, por medio del uso de fármacos o entrenamientos específicos como el neurofeedback.
- La **integración** pretende optimizar la actividad cognitiva de forma integral, por medio del adiestramiento en tareas específicas de alto valor funcional, como entrenamiento en oficios o trabajos

Vimos anteriormente que el término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades cuyo objetivo va dirigido a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, etc.). El término rehabilitación, va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Muñoz (2013) explica que existe una tendencia a equiparar el concepto de rehabilitación neuropsicológica con el de estimulación cognitiva. Sin embargo, el concepto de rehabilitación neuropsicológica es más amplio e incluye diferentes tipos de intervención. Entre ellas:

- Rehabilitación cognitiva (que implica también estimulación cognitiva),
- Modificación de conducta,
- Intervención con familias

- Readaptación vocacional o profesional.

La rehabilitación neuropsicológica abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana. La rehabilitación neuropsicológica comprende un sistema de actividades terapéuticas, basado en las relaciones cerebro-conductuales, dirigido a alcanzar cambios funcionales mediante:

- El restablecimiento o refuerzo de patrones de conducta y de actividad cognitiva previamente aprendidos.
- El establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, por medio de estrategias sustitutorias.
- La introducción de nuevos patrones de actividad gracias a mecanismos compensatorios internos o externos.
- La ayuda al paciente y a su familia para adaptarse a la nueva condición de discapacidad y mejorar el funcionamiento global.

Los objetivos de la rehabilitación neuropsicológica tiene que ver con generar un proceso a través del cual los pacientes con trastornos en su desarrollo cerebral trabajan junto con profesionales, para remediar o aliviar los déficit cognitivos que surgen tras un retraso o afección neurológica. Sus objetivos principales se explican en (Muñoz 2013):

- Reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
- Reducir el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social. Estos objetivos globales pueden detallarse en cuatro objetivos específicos: a) Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización. b) Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas superiores. c) Acompañar a la persona en la toma de conciencia de sus dificultades. d) Acompañar a la persona y a sus allegados en el trabajo de elaborar un nuevo proyecto de vida.

En el caso de niños en residencia, podemos observar diversos tipos y niveles de daños generados desde traumas severos a ausencia de estimulación. Por otro lado, los niños no

sólo padecen numerosas y diversas alteraciones cognitivas, sino también problemas emocionales, sociales y conductuales que tienden a afectar un gran número de habilidades adaptativas, tales como la capacidad de autocuidado, de mantener relaciones sociales, de tener éxito en el aprendizaje o autocontrol. Por este motivo, la rehabilitación neuropsicológica no ha de limitarse a la “rehabilitación cognitiva”, ya que el concepto es más amplio e implica la rehabilitación integral de los bebés que no presenten déficit cognitivos exclusivamente. En cada momento, el objetivo debe de ser la rehabilitación de pacientes con alteraciones cognitivas, no la rehabilitación de las funciones cognitivas per se. Es decir, el centro de atención y el interés ha de ponerse en el paciente, tratando a la persona en sus circunstancias.

4.3.2 Realidad y rol de los cuidadores

Las distintas experiencias en Sename, explican las dificultades que existen relación a hacer un trabajo directo y constante con los niños. La gran limitante inicial son los recursos, que no permiten tener una cantidad razonable de profesionales disponibles para satisfacer las necesidades de los niños, menos aun poder hacer trabajos específicos y avanzados con enfoque terapéutico. En segundo lugar, está el conflicto de la capacitación de dichos profesionales. Según los entrevistados, además de un tema de capacidad numérica, está el conflicto de profesionales poco preparados para enfrentar las dificultades de los niños que llegan con dificultades profundas.

Vanegas (2014) analiza la importancia de la presencia de los cuidadores en el rol de la rehabilitación y la relevancia de las respuestas de las instituciones a las necesidades de los niños. Expresa que cuando un niño experimenta el abandono físico, emocional o psicoafectivo y la estacionalización, está expuesto a un fuerte nivel de estrés debido a la falta de estabilidad y seguridad en una etapa de desarrollo en que éstos son fundamentales.

Por otro lado, las principales causas para la institucionalización son negligencia de los cuidadores, víctimas de violencia sexual, abandono, consumo de drogas, situación de calle, desnutrición, entre otras. Cuando los niños sufren lazos emocionales permanentes basados en malestar y sufrimiento, éstos establecen lazos insanos con sus propios cuidadores. En el caso de los niños en residencias, sus cuidadores son aquellos trabajadores de la institución Sename o sus colaboradores. Es aquí donde precisamente se debe generar un proceso para intentar reparar el daño causado. La institución debe generar los espacios para reconstruir los recursos psíquicos de los niños que experimentaron una fuerte pérdida significativa en sus relaciones afectivas y de apego. En este sentido, existe una conexión entre los patrones de conducta interpersonal que muestran los niños institucionalizados y las respuestas relacionales que aporta la institución .

E1 explica describe que uno de los problemas fundamentales del apego en relación a la institucionalidad tiene que ver con la rotación. La falta de estabilidad falla al momento de generarle seguridad al niño: *“Lo que no tiene un efecto positivo es si la persona va rotando. Y ese es el gran pero en el Sename. Porque a lo mejor va a tener un cuidador, un tío, meses después va a tener otro, y otro mes puede tener otro. Entonces ese chico sigue sometido al abandono. El que lo llega lo abandona... Entonces imagínate ese niño a los 15. Cree que nadie lo quiere.”* (E1)

Castrillón y Vanegas (2014), determinan que los principales temas a tratar con los niños institucionalizados tiene que ver con la culpa y la pérdida., los niños utilizan la culpa como forma de resistencia a la pérdida. De manera genérica, existe una primera tendencia a culpabilizarse por la ausencia de los padres. Ésta es una forma de retener o resguardar la relación interna con ellos y buscar ser “merecedores” de volver a sus hogares, aunque ya éstos no estén disponibles para ellos. Por esto, intenta constantemente ser “buenos hijos” en la institución, y luchan contra todo con tan de ser “bien evaluados”. Existe una segunda reacción extrema que es activa y funciona en base a la rabia y agresión como forma de lidiar con los conflictos. *“La agresión en este caso no es otra cosa que una reacción ante la acción del otro: la familia despoja al niño de lo esencial; el cuidado físico y/o emocional, además, lo culpabiliza y lo define como “difícil”, agresivo y desobediente, calificativos que*

el niño introyecta en la representación de sí mismo sin ninguna mediación”. Para lograr avanzar en el proceso de reparación del vínculo de los niños y las instituciones que lo acogen, Castrillón y Vanegas (2014) proponen diferenciar dos dimensiones de reparación:

- **Reparación restitutiva** : implica entregarle a al niños un entorno estable y seguro en el que tengan satisfechas sus necesidades básicas: cuidados físicos (alimentación, vestido, higiene, cuidado de la salud y recreación), integridad física, desarrollo intelectual y escolarización. En el contexto de este intercambio, los cuidadores también brindan afecto, aprobación y seguridad en las relaciones que son reconocidos por los mismos niños.
- **Reparación subjetiva:** es planeada como la resignificación de la pérdida que logra el niño si en el mundo interno puede reencontrar compensatoriamente el objeto perdido. Esta elaboración implica contar con una figura cuidadora que le permita al niño reconstruir el ciclo benigno (Winnicott, 2006) y por tanto, desarrollar sus propias capacidades reparadoras. Un niño privado solo puede sentirse reparado en tanto elabore la pérdida y sienta subjetivamente que el ambiente actual le brinda aquello que perdió, pero, para concluir este proceso de manera satisfactoria, es ahora el niño quien debe aceptar la reparación.

La realidad de los niños en las instituciones es bastante compleja. La experiencia de E2 trabajando en residencias, intentando implementar musicoterapia, explica que las principales complicaciones están en los pocos recursos y el nivel de afectación que tiene los niños: *“De pronto una profesora tiene dos niños, tiene tres niños, cuatro niños, no más que eso. No se puede atender más. Son niños con demasiados, demasiadas dificultades de todo tipo, con carencias afectivas mayores, con problemas y muchos con medicación. Hay muchos que están muy medicados y también con problemas de abandono, porque no todos tienen visitas de los familiares. Entonces hay niños que en los horarios de visita, no llega nadie a verlos. Y esos son momentos de más agresividad”* (E5). Ese conflicto de pena, frustración y envidia de los niños genera reacciones adversas con sus compañeros y sus cuidadores, lo que genera mayor dificultad para tratarlos.

Los autores concluyen que cumplir estas obligaciones y no contar con los recursos suficientes es una presión conflictiva en los cuidadores. Esta presión se traspasa a los niños y también genera alteraciones en las dinámicas internas de las residencias. Si bien los cuidadores de los niños en las instituciones funcionan como contenedores emocionales, esta función es transitoria. La reparación del sistema relacional requiere de una figura específica con quien el niño pueda reactivar los aspectos buenos y generar un proceso reparador propio de su desarrollo. Debido a que las instituciones se caracterizan por una atención, la movilidad de sus funcionarios y la falta de recursos humanos y logísticos, es realmente difícil que se le pueda ofrecer al niño una figura permanente y estable con la que genere un vínculo profundo y duradero, y por tanto, una reparación subjetiva. Esta conclusión coincide con la experiencia de los entrevistados que han trabajado en instituciones del Sename. La falta de recursos físicos y humanos no permiten tener las herramientas necesarias para un trabajo óptimo. Por último, el conflicto mayor se determina en la constante rotación de quienes trabajan en las instituciones, ya que no permite a los niños tener una figura constante de apego y de representación en sus procesos de apego y relaciones.

En su experiencia en residencias, E5 nos relata que no hay suficiente personal para satisfacer todas las necesidades de los niños a tiempo, “ *se trata de pero no es, no es necesariamente así. ¿Por qué? Primero porque por ley, una persona no debería atender a más de cinco niños. O sea, el cuidado y la atención que significa el bañarlo, vestirlo, darle la mamadera, mudar y volver a repetir esta historia y dormirlo y etcétera, etc. Obviamente el niño que se toman una mamadera en diez minutos y otro que se demora en una hora*”.

La cantidad de niños es tremendamente superior a los tiempos que tienen los profesionales para desempeñarse: “*Las terapeutas o las kinesiólogas también existen. Pero si en un hogar hay 30 niños, una kinesióloga no necesariamente va a poder ver a los 30 niños todos los días. Y tampoco le puede dar esa kinesióloga cinco minutos de ejercicios. Tiene que ser dependiendo de lo que tenga. Obviamente tiene que ser más tiempo*”. (E5)

4.3.3 La voz y los efectos en la estimulación y el apego

El apego es esencial para cualquier niño ya que sobre él, se construye su salud psicológica y física. Es parte de su estabilidad emocional, debido a que construye los cimientos de su autoestima ya que el niño se valora a sí mismo por el cariño que recibe, no por lo que hace o tiene. Esta seguridad le impulsa a abrirse al mundo de manera positiva, desarrollando su cognitividad con su entorno de manera sana, dándole la bienvenida a los estímulos, esto es desde la empatía y con confianza. También, el vínculo de apego funciona como refugio emocional que lo acoge de nuevo, permitiéndole que se descargue al contar lo que ha vivido, lo que le facilita restablecer su autoestima y una nueva salida al entorno (Ávila de Encío 2018).

La voz, a diferencia de cualquier otro instrumento, es parte de nuestro cuerpo y constituye un elemento personal y natural. Tiene una sonoridad que la hace única y representativa de quien emite sonidos con ella. Cuando usamos la voz o cantamos, estamos haciendo música, y esa música es completamente personalizada y única. El gran poder de la voz, del canto, es su comunicación y capacidad para transmitir sentimientos. A través de ella, transmitimos emociones y sensaciones profundas que pueden alterar el estado de ánimo de otros mediante un sonido de paz, de alegría, como también de rabia y odio. Sus efectos son relevantes y significativos.

La voz es un de las principales conectores entre un cuidador y un niño. En sus primeras semanas, los lactantes comienzan a reaccionar a esos estímulos de conversación asociando un vínculo con quien emite los sonidos, que poco a poco van siendo más familiares. *“Las voces tienen mucho que ver... si tú hablas en un tono que es normal, tú ves que el niño empieza a mirar, a observar, empieza a buscar. Si le cantas y le repites también.”* (E5)

Jauset (2018) nos ofrece una perspectiva cultural de las tradiciones hindú y budista, ya que éstas le otorgan una gran importancia al sonido de la voz como “medio de alcanzar determinados niveles de conciencia, a través de la repetición de determinadas palabras en

sánscrito, denominadas genéricamente como mantras. «Se refiere este término a una breve palabra o fórmula que actúa como una fuerza invisible, que pone en funcionamiento de una forma práctica, la energía contenida en el cosmos» (p 22). Los mantras, buscan recargar el cerebro para lograr altos niveles de conciencia (Lacárcel, 2003). El concepto mantra se traduce a términos asociados a protección o liberación de la mente.

El canto de los padres o cuidadores al bebé tiene un efecto relevante en sus signos vitales, y por su parte refuerza el vínculo entre ambos. Según Morrillo (2015), la implementación de silencios alternado con experiencias musicales suaves pero con significado, en las unidades de cuidados intensivos de neonatos, han demostrado que mejora notablemente la calidad de vida de y desarrollo de los bebés. Sobretudo si la interacción musical viene asociada a acciones en vivo con los padres. Cuando los padres le cantan a los bebés, éstos demuestran más atención y control de sus emociones sobretudo al dirigirse a ellos de forma cantada más que hablada. Se desarrolla una conexión emocional, además de que el canto permite aprender características propias del lenguaje hablado.

Desde una perspectiva general, quienes han trabajado con niños vulnerables en residencias, describen el proceso de acercamiento a ellos como algo intrínseco que ocurre entre ellos y el niño, que normalmente inicia con una resistencia y que finalmente termina con una aceptación. El apego se realiza, en general, en torno al cariño, al contacto y al reconocimiento. Los niños vencen las barreras y encuentran seguridad y estabilidad en el trabajo de apego, y con esto es posible reducir fuertemente los daños. Según E4 y E5, los procesos no son rápidos y dependen de cada niño. Existe un periodo de reconocimiento hasta que los infantes aceptan esta relación. Este proceso se inicia:

“mediante el acercamiento físico respetuoso, no una cosa impositiva, sino que una cosa respetuosa. Yo, a pesar de que me fue siempre muy mal en el tema musical, tanto en el colegio como en la universidad y que canto pésimo. Pero fíjate que increíblemente he utilizado el tema de la voz y del canto para acercarme a los niños y cantándole... cantándole canciones muy, muy antiguas, como no sé: Caballito Blanco, Los tres Chanchitos o La niña María o lo que me salga en el momento, pero en una cosa muy personal. Y es increíble lo que ese canto, mal

canto de mi parte, pero esa conexión que tú haces, a esta guagua le llama la atención, fija su mirada y se conecta contigo. Es impresionante. Incluso, ya ni siquiera con el canto, con la sola voz, por ejemplo, yo ocupaba otra técnica para no ser tan invasiva, la tomaba en brazos, me la ponía al lado, me ponía a mirar por un ventanal con ella, ella también mirando el ventanal, pero yo hablándole. Y se produce una conexión con esto de la voz y con esto de que a veces el mirar porque habían devoluciones de vuelta y finalmente, después de un periodo largo se logra una relación de un apego.”(E4)

Desde una perspectiva similar, Vaillancourt (2009) define como un elemento prioritario, la voz, ya que ésta comunica el apego y afecto. Cuando se le canta a un bebé y se incluye su nombre en la canción, éste se sentirá interpelado, dando pie a un aumento de su confianza en base al sentirse amado, y que existe una conexión entre las personas que son su núcleo y él. También destaca que la música grabada no tiene el mismo efecto que tiene la música en vivo, ya que ésta genera una reacción inmediata, más sensorial.

El canto es una forma de expresión que trae múltiples beneficios. Se conecta con el cuerpo a través de la respiración, el tono corporal y la audición. La importancia de su relación con el sistema auditivo, lo hace esencial en el desarrollo del lenguaje y del aprendizaje.

Por otro lado, el sonido de la voz conduce al niño a expresarse hacia el mundo que lo rodea. Es su forma única, especial y personal de darse a entender. La vibración de su cuerpo completo al momento de emitir los sonidos, lo transforman en su propio instrumento musical. Cuando se le canta a un niño en brazos, se genera una vibración que conecta con el cuerpo completo del bebé. Se involucra física, mental y emocionalmente con el canto y la energía que le está entregando la persona que le canta. Se une la respiración, la postura y todo el cuerpo involucrado en el sonido, generando una liberación de tensiones, y una sensación de seguridad y cuidado. De la misma forma, si es el niño quien busca cantar, su cuerpo entra en las mismas liberaciones de tensión, haciendo que su cuerpo se centre en ejercer la acción de cantar. Su voz, generalmente, va acompañada de movimientos

(aplausos, seguir el ritmo con la cabeza y el cuerpo, pequeños saltos) que activan el cerebro en el plano motor e intelectual, trabajando también la memoria.

La música y su relación con los estados de ánimo es capaz de resolver los niveles de estrés con que puede venir un niño. En la experiencia de E5, con un niño en residencia a medida que fue implementando música en la relación de apego entre ambos lo describe en *“Cómo reaccionaba, cómo se tranquilizaba, cómo comía mucho más feliz. Era un niño más relajado. Dormía mejor. Era más sonriente. La vista la fijaba. Tú te dabas cuenta cómo buscaba la música.”*

4.3.4 La voz en la rehabilitación cognitiva

En el capítulo de musicoterapia observamos que su definición se encuentra en torno al tratamiento de diferentes trastornos a través de interacciones musicales y de sonidos. En este capítulo analizaremos las distintas técnicas, obtenidas de las diferentes entrevistas y autores ofrecidos por los entrevistados, con el fin de definir una terapia específica a los traumas y trastornos de apegos que vimos en los puntos 4.1 y 4.2 .

La musicoterapia tiene como objetivo promover la conciencia de los efectos que vinculan los diferentes trastornos, con el objetivo de producir modificaciones o transformaciones que posibiliten la prevención, disminución o desaparición de los padecimientos y las secuelas que el trauma ejerce sobre los bebés. Es importante entender que, cuando se trabaja con niños tan pequeños que se encuentran en pleno desarrollo y proceso traumático, hay que tener claridad de que no se está haciendo sólo una terapia de tratamiento sino que en gran parte de prevención o acción sobre estrés tóxico que se está produciendo en ese mismo momento de su etapa de desarrollo.

El Musicoterapeuta, utiliza como recursos específicos como: el sonido, la música, la voz, los instrumentos musicales y todas las formas rítmicas y acústicas expresadas o vivenciadas a través del cuerpo, los objetos y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, edición y comunicación. Una vez elegido los objetos se aborda un tratamiento

basado en las necesidades específicas de cada niño. Como vimos en los capítulos 4.1 y 4.2 podemos abordar procesos traumáticos y de apego cuyo efecto final es el desarrollo cognitivo asociado al evento inicial. Como musicoterapeuta, E1 define que “ *la música es un canal de expresión emocional. O sea nosotros escuchamos música ¿para qué? Cuando estamos tristes, cuando estamos alegres para bailar, para relajar o para todo. La música puede ayudarte a transitar por todos los estados emocionales y por ende te puede ayudar a ver tu estado emocional.*” Con esto, nos define que la importancia de la musicoterapia está implícita en conectar las emociones con la música y así encontrar canales de conexión con el terapeuta y de expresión de los temas internos que se acarrean en forma de traumas.

El tratamiento se basa en el uso de los objetos, el cuerpo, las producciones físicas, la expresión acústica, la comunicación sonorizada y musicalizada, ya que exponen de manera directa los estados de relación y las problemáticas y los síntomas asociados a la patología de cada niño. Las modalidades elegidas pueden ser individuales o grupales. Los elementos de comunicación utilizados para el tratamiento, obtendrán un valor simbólico que adquiere un movimiento, un gesto, una postura o una expresión sonorizada, el contacto con un objeto o instrumento que, en la mayoría de los casos, se equiparará al de la expresión verbal. Esto generará una comunicación entre el terapeuta y su paciente.

“Es la presencia de la palabra que encuentra sustento en formas de lenguaje de significación más abiertas, característica ésta que le confiere por un lado una mayor riqueza a los matices de la expresión y la percepción y, por otro, una facilitación de la emergencia de la conflictiva personal. Si consideramos la existencia de factores constitutivos que nos inducen a la autoconservación, a la actividad gregaria, a la reproducción y, por último, a la desintegración, podemos decir que su representación a nivel psíquico aparece expresada, en lo manifiesto, como modos de acción y relación ligados a la sexualidad, el poder, el amor, la agresión, la destrucción, etc.” (Gallardo, 2012)

Como musicoterapeuta, E5 la musicoterapia actúa como un motor para mediar entre el paciente y el terapeuta: “*Lo que se busca es generar vínculos, mejorar la comunicación,*

mejorar la calidad de vida de las personas, el bienestar en general a través de la utilización de instrumentos musicales”. Los instrumentos o implementos usados se interpretan como “mediadores” para crear vínculos entre ambos. Se refiere al canto, como “Fantástico. El canto en sí, la canción, el tarareo, el susurro, todo, la voz, todo el potencial de la voz o incluso puede decir el nombre de la persona”. Lo importante, finalmente es cómo el niño logra expresarse a través de estos sonidos: “Ellos expresan, expresan su interno, todo lo que necesitan expresar a través de las distintas sonoridades, formas, colores que tengan que ver con los objetos y con los instrumentos que están usando. Ya sean instrumentos rítmicos o melódicos.

La clave que hay que identificar en el canto para la reparación tiene que ver con la creación de vínculos. Cuando consideramos que los procesos que han vivido estos niños han generado traumas y desapegos, la musicoterapia lleva a crear comunicación. A través de ella se busca que el niño se exprese con su voz y su cuerpo y esto provoque una liberación de sus emociones reprimidas. Una vez que logró expresarse, genera un vínculo con su terapeuta a través de estas manifestaciones vocales. Esta construcción de vínculos, ayuda a romper con el principio de falta de seguridad porque se establece una relación nueva y sana en sus vidas. Lo mismo ocurre con los cuidadores. A través de las manifestaciones musicales, entablan relaciones afectivas y comunicaciones que les permiten corregir las concepciones emocionales distanciadas e insanas, comprendiendo que existe una persona que sí se preocupa por ellos y está dispuesto a cuidarlo y quererlo, con la cual tienen una vía única de comunicación y demostración de constancia y cuidado.

5 CAPÍTULO 5: PROYECTO DE INTERVENCIÓN MUSICAL

El desarrollo de un proyecto de intervención, busca poder implementar los beneficios de la música y el canto en niños que requieren un proceso de reparación intenso y dedicado. La realidad que han vivido y la falta de atención que reciben, va definiendo de manera sistemática y concreta el futuro de los niños. Es una responsabilidad país, implementar nuevas formas de apoyo a las futuras generaciones utilizando herramientas que, al día de hoy, mundialmente han sido aprobadas como terapias, y que además fomentan la validez artística como aporte social esencial en la educación y desarrollo de nuestros niños.

Según los distintos entrevistados y los diversos autores revisados durante la investigación, existen ejes relevantes que considerar antes de diseñar la planificación. Estos ejes están definidos particularmente por la realidad social que existe en el Sename, en relación con la

teoría de la implementación óptima de trabajo reparativo. Los ejes a analizar para llegar al proyecto concreto son:

- Financiamiento
- Infraestructura
- Personal de las Residencias

El conflicto de cómo financiar la implementación de distintos proyectos, no sólo involucran el costo de la aplicación en sí, sino que también la no valoración de las terapias artísticas en los sistemas de salud tanto públicas como privadas. El nos expresa el conflicto al momento de considerar la implementación de la musicoterapia en residencias:

“Y ahí tenemos un sólo problema. Recursos. Porque yo, que he trabajado musicoterapia en todos los niveles: privado, independiente y público, no hay plata,. Y ¿cuál es el problema ahí? El problema está en que la musicoterapia todavía no es reconocida como una terapia que pueda caer dentro de los reembolsos o que pueda caer dentro de los programas de salud, a grandes rasgos como terapia complementaria. Por lo general, muchos de los programas de musicoterapia se pagan con Fondart, se pagan con Chile Crece, se pagan con un montón de cosas alternativas, y por lo general entonces los sueldos tampoco son tan altos y ahí muchas veces la gente se va por lo mismo.”

Debido a esto, lamentablemente no podemos considerar elementos que involucren sumar recursos de inversión, al menos en el corto plazo. La apuesta está en que Chile avance en la inclusión de estas terapias en sus sistemas de salud, con el fin de incluir Fonasa y las Isapres al modelo de financiamiento. Mientras eso no ocurra, debemos considerar la implementación desde un punto de vista formativo más allá que de implementación terapéutica.

Para la correcta implementación de terapias en residencias, es esencial contar con salas que permitan al terapeuta interactuar con los niños en condiciones óptimas. El objetivo es que los niños se puedan expresar de manera cómoda, segura y libre para así lograr un trabajo efectivo. Por otro lado, es importante contar con instrumentos o elementos musicales que permitan realizar un trabajo musical con ellos.

Lamentablemente la experiencia demuestra que la infraestructura no permite intimidad para trabajar. E2 explica y define como “inhumanas” las condiciones en las cuales se imparten tanto las clases como las distintas terapias .

“Las condiciones paupérrimas para el trabajo de los docentes que están al interior de la escuela. Piensa tú, en un container con 40 grados de temperatura sin ventilador. O sea, ¿por qué? No pueden tener 6, 7 u 8 profesores que están ahí en la escuelita interna, en un recinto que es un container. Al fondo, una cancha de futbol de patio. Ese era el lugar donde los profesores estaban como sala de profesores. O sea, eso es inhumano, completamente inhumano.”

Bajo estas condiciones es difícil considerar la implementación cómoda y realista de una terapia con resultados concretos. E2 también nos explica que las regulaciones actuales tampoco permiten que los profesores cierren la puerta al momento de realizar las terapias, lo que implica que los niños entran y salen de las clases, se escuchan ruidos de afuera, y los pequeños se distraen con las actividades o movimientos que observan fuera de sala. Este exceso de distracciones no permiten la correcta implementación.

Por otro lado, en el tratamiento de lactantes, E4 y E5 se refieren a la dificultad de tratar a la cantidad de niños que hay en la residencia un tiempo razonable, considerando que existen demasiadas demandas de alimentación, muda y baño.

Según la información obtenida, el personal de las residencias tiene, por ley, a cargo un máximo de 5 niños. Esto implica satisfacer todas sus necesidades de comida, baño, muda, sueño. El problema subyace en que no alcanza el tiempo para realizar más actividades que la básicas. Con otras actividades nos referimos a estimulación, cariño, apego, conversación y juego, entre otros.

Para E5, en su experiencia en las residencias lo más difícil es contar con suficientes “manos” para satisfacer todas las necesidades de los niños. Como voluntaria, cree que es esencial tener personas dispuestas a ayudar en el proceso, aunque la ley también ha ido cambiando y limitando el trabajo que pueden hacer los y las voluntarias.

“Entonces tienes que dejarlo un rato y seguir con el otro que está llorando para darle la mamadera, porque también si no se empiezan a atrasar las papas de todos. Si le diste la mamadera al más lento, el primero, y pasaron las 4 hora o las 3 hora. No, no puedes dar con toda la sala. Entonces hay que como dividirse en ese sentido. Por eso es que el por ley no puede ser más de 5 niños por persona...Evidentemente que lo ideal es que mientras más manos mejor . En cuanto a los minutos que están despiertos los niños, porque también los niños duermen, mientras más chico más duermen. Pero los momentos que están despiertos, ojalá uno pudiera estar interactuando con ellos, o sea, jugando o conversando con ellos o regaloneándolos. Pero no necesariamente tienes el minuto, no necesariamente se puede, por eso es que el voluntariado es útil y es necesario. Las terapeutas o las kinesiólogas también existen. Pero si en un hogar hay 30 niños, una kinesióloga no necesariamente va a poder ver a los 30 niños todos los días. Y tampoco le puede dar esa kinesióloga cinco minutos de ejercicios. Tiene que ser dependiendo de lo que tenga. Obviamente tiene que ser más tiempo” (E5)

Al no tener suficiente personal y tiempo, es difícil considerar implementar un trabajo independiente con cada niño, el cual sería ideal.

5.1 MÉTODOS DE INTERVENCIÓN MUSICAL SOCIAL PARA PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Si consideramos las múltiples dificultades que hemos observado en las residencias, entendemos que no existen amplias posibilidades para actuar en el corto plazo. Como primera propuesta debiésemos considerar una aplicación inicial y sencilla, que sirva como puerta de entrada a futuros trabajos más prolijos y complejos de musicoterapia en residencias.

En relación a los puntos anteriores acerca del financiamiento, la infraestructura y el personal de las residencias, es que concluimos 3 puntos clave al momento de considerar una aplicación real y concreta, en primera instancia, de un trabajo musicoterapéutico:

1. Hay que considerar recursos mínimos.
2. Se debiese contar con la infraestructura existente.

3. El personal no cuenta con tiempo adicional para implementar la iniciativa.

A raíz de las conclusiones anteriores vamos a basar este trabajo en la aplicación de elementos musicoterapéuticos, enfocados en el canto, que se puedan aplicar e implementar libremente por los cuidadores. El enfoque será generar un marco de música que complemente e incentive los momentos de sueño, juego y apego, con el fin de generar que los niños sean estimulados de manera correcta según la actividad que estén realizando y la vibración musical asociada con el estado de ánimo requerido.

Es importante hacer hincapié que la mayoría de los efectos traumáticos, en niños tan pequeños, se reflejan en actitudes asociadas a las alteraciones de sueños, alimentación, apego y estímulo. Por lo mismo, la implementación musical estará asociada a esos momentos buscando armonizar la relación y buscar la sanación.

El proyecto buscará familiarizar a cuidadores y voluntarios en elementos musicoterapéuticos que se debiesen aplicar en las actividades diarias. Esto buscará estimular a los niños mediante los momentos cotidianos y herramientas accesibles a quienes las aplicarán.

5.1.1 Muda y baño: Conversaciones cantadas y apego.

Cuando mudamos o bañamos a un bebé, no sólo estamos estimulando su desarrollo psicomotor y habilidades físicas, sino que también estamos impulsando su desarrollo psicológico y social. Estas actividades están muy asociadas al apego. Los lactantes son tremendamente receptivo al contacto físico, y sobretodo en los primeros meses, es una forma fundamental para relacionarse con otros. Es por esto que estos momentos debiesen ser basados en la interacción, donde esta actividad asociada a las necesidades básicas debiese encontrarse con un momento de interacción emocional entre el niño y el cuidador. E4 nos comparte su experiencia en relación a estas actividades explicando que el contacto de piel con los niños permite una intimidad mayor “*antiguamente las voluntarias bañábamos a los*

niños, y es una cosa muy rica porque además también tienes que ser muy cuidadosos con su intimidad. Pero el hecho de poder tocarla, que esté desnuda la guagua, poder secarla, ponértela en brazos un poquito, crea otro vínculo”

En el caso de niños institucionalizados, es importante entender la reparación que hay que generar cuando los mudamos o bañamos. Es un momento esencial para generar sanación con el tacto y el cariño. Ambos son momentos en que el cuerpo desnudo del bebé se expone a los estímulos que el cuidador le entregue. Si estos han sido descuidados o tratados con despreocupación, agresividad o violencia, el niño generará una relación negativa con estas actividades.

Esta actividad tiene características activas, o sea, que busca generar estímulos que aceleren al niño y lo hagan disfrutar y participar de este proceso. Desde la aplicación musical, esto significa que debiese tratarse en un pulso medio y gestualidad muy dinámica. El cuidador deberá conversarle en modo cántico al lactante, podrá comentarle acerca de su día y relatos cotidianos, utilizar el nombre del niños e intentar encontrar sus mirada. Este canto-hablado deberá ir acompañado de muecas y gesticulaciones grandes que acompañen las palabras y entreguen un significado emocional a la articulación verbal. Es positivo ir relatando y explicándole el proceso de muda para que el niño vaya entiendo este acto como parte de su rutina y estabilidad, al mismo tiempo que lo entiende como un momento de interacción con su cuidador.

Es importante también, fomentar la participación del niño a esta conversación. Buscar generar reacciones positivas por parte del infante, que impliquen su entendimiento de que es una actividad entre ambos. Se considera ideal que durante la muda, el niño juegue con su pies e intente compartir el momento tomándose o permitiendo que se los tomen. En el baño, es positivo que el lactante juegue con el agua, se pueden realizar ejercicio musicales cantándole e interactuando con el pulso musical en el agua, o ejerciendo jugueteos con ésta en relación a momentos específicos de la conversación (final de frase, o en una sílaba en particular).

Para potenciar la reparación durante la muda, proponemos trabajar el contacto y la música a modo de **masajes cantados**. Una vez que es retirado el pañal, debemos limpiar suavemente el cuerpo del niño, con algodones o toallas húmedas. Una vez limpio, realizaremos un masaje, idealmente con aceite para bebé. Este masaje estimulará su cuerpo, su circulación, el apego, la interacción:

- Masaje en las piernas: acostamos al lactante de espalda y elevamos una de sus piernas. Le tomaremos suavemente el muslo y lo masajearmos desde sus nalgas hasta los pies, usando una leve presión continua de principio a fin. Es esencial que este proceso vaya acompañado de cánticos suaves y alargados que acompañen el movimiento. Podemos acentuar ciertas presiones de los dedos, en conjunto con los acentos de las palabras de la canción. Esta coherencia en el pulso hará que el niño entre en contacto tanto emocional como físico con la música propuesta. Por ejemplo utilizamos la frase “Vaaaamooos a haaaceer un masaaajeee riiicooo y suaveciitooo” improvisando una melodía suave y dulce, que se extienda durante todo el masaje de la pierna. Cada frase estirla a cada pasada por las piernas.
- Masaje en los pies: con los pulgares en la planta de los pies, presionamos suavemente alternando cada pulgar. También podemos con el dedo índice acariciar desde los deditos hasta el talón en un solo movimiento. Como este masaje tiene movimientos más cortos, podemos realizar cantos de vocales, estimulando un juego. Podemos utilizar sílabas como “pim pim pim”, “tan tan tan” “da da da”, que vayan al ritmo de las presiones de los dedos. De esta forma generemos la estimulación física, mental y emocional de manera conjunta. Siempre fomentar que el niño participe de los cantos. Después de los 6 meses, las sílabas pueden transformarse en palabras, cantándole por ejemplo “Bue-nos di-as mi ni-ño lin-do”. Es mejor que sean canciones y melodías improvisadas, que incluyan el nombre del niño y lo integren en una conversación. Incluir ponerse los pies del niño en la boca y emitir melodías y vibraciones a modo de juego.

- Masaje en la espalda: con la mano bien abierta, y utilizando las yemas de los dedos, deslizamos los dedos desde el cuello hasta las nalgas utilizando de mayor a menor presión. Este masaje podemos complementarlo con canciones de cuna, que vayan relajando al bebé, o podemos conversarle melódicamente de manera simple y cariñosa. Como este masaje es más relajante que estimulante y busca que el niño integre el contacto a al vínculo afectivo, podemos elegir una canción que sea siempre la misma para este masaje, así el niño genera una relación de relajo con la canción y el cariño. En el mediano plazo, se busca que el niño, apenas se le cante la canción, reacciones entregándose en cuerpo y emoción al masaje, entendiendo que cuando la escuche vendrá un momento de apego.

- Masaje guatita: Si lo niños sufren de estreñimiento o cólicos, podemos hacerle suaves masajes en el vientre, de arriba hacia abajo con el vértice de la mano. En este casi, el lactante probablemente esté con dolor o molestia, por lo que es mejor acompañar el masaje con una canción o cántico que busque confortarlo y calmarlo. Usar melodías suaves, un volumen bajo y tranquilizarlo con palabras de confort. Si encontramos una canción que el niño asocie con calma y protección podemos usarla, sino la recomendación es cantarle palabras de tranquilidad como:
“Tranquilito, tranquilito, aquí estoy para hacerte cariñito y que se pase la pena”
mientras realizamos el masaje.

Cuando bañamos a los bebés, tenemos un momento de apego muy especial. Esto es debido a que el agua tiene un elemento similar al embarazo, donde el niño experimenta sensaciones físicas similares. Es por esto que podemos generar un espacio muy abierto a la estimulación ya que las condiciones físicas nos facilitan los recursos. En ese sentido, propondremos agregarle elementos del canto y la estimulación a través de sonidos, a algunos juegos clásicos en el agua. Estos juegos se proponen desde los 6 meses, según la capacidad del niño, pero se pueden simplificar y complicar según los avances de cada uno.

1. Cantar burbujas

En este caso, la idea es el que niño se exprese cantando (o emitiendo sonidos vocales) a través del contacto con el agua. La mejor forma de generar el juego es buscar la imitación, por lo que el cuidador debe participar activamente. El juego consiste en que el adulto mete la cara (hasta la mitad de la boca) en el agua y sopla, haciendo burbujas, cantando y acompañando con movimientos. La idea es que el niño se sienta atraído por el efecto sonoro e intente hacerlo. Las burbujitas buscan llamarles la atención y les salpican un poco mientras observan o se ríen.

2. Flotando

Con este ejercicio buscamos que el niño vaya perdiendo el miedo al agua, vaya cediendo confianza a la posición acostada en el agua y recorra la música en conjunto con el ritmo del agua que fluye. Hay que recostar al bebé de espalda sujetándole la cabeza por sobre el agua para que no se hunda. Con un vaso le vamos echando agua en su cuerpo y cabecita al mismo tiempo que vocalizamos vocales continuas. Podemos usar frases como “Uuuuuuu que ricooooo” al ritmo que cae el agua. Este cántico asociará el placer del canto con el caer del agua sobre su cuerpo. Se espera que los niños abran las piernas y los brazos y se dejen coger por nosotros, relajándose y notando cómo el agua les moja parte de la cabeza y el cuello.

3. Cantando las pelotas de colores

En este juego el objetivo es no sólo se dejen llevar, sino que también interactúen y activen su cuerpo. El juego consiste en poner pelotas de colores en el agua que puedan flotar, y una cubeta o cajita para ir las dejando. El niño deberá moverse en contra de la resistencia del agua (activando su musculatura), recogiendo las pelotas. A medida que crecen, la idea es que la tome y lleve hasta el cubo y la deja. El cuidador deberá elegir una tonalidad o coloratura a cada uno de los colores, y cada vez que el niño recoja la pelota del color, éste dirá el nombre con el sonido asociado. Así, el niño poco a poco irá reconociendo los colores por el sonido y color de voz que emite el cuidador, además de hacerlo entretenido si el adulto encuentra personajes para cada color. Puede repetirlo todas las veces que quiera.

Si el niño disfruta de este juego de colores cantados, hará un esfuerzo mayor para alcanzar las pelotas y conseguir una respuesta entretenida e interactiva.

4. Recogiendo cubitos de hielo

Es el nivel con más dificultad de **Cantando las pelotas de colores**. Cuando son mayores, sobretodo después de los 18 meses, las pelotas son fáciles de agarrar, por lo que podemos subir la dificultad y cubitos de hielo en vez de pelotas de colores, ya que se ven menos y se van deshaciendo. En este caso podemos jugar al congelado, moviéndonos sólo cuando hay música y quedándose quieto cuando no. Al principio será más difícil, pero el niño irá entendiendo de a poco la modalidad, y buscará imitar. Con esto también irá desarrollando la capacidad de seguir instrucciones y controlar sus impulsos.

5. Nadando al ritmo

A partir de los 2 años, podemos empezar seguros este juego. Si sientes que el niño está preparado antes, no hay problema. El objetivo es trabajar su coordinación y estabilidad. El cuidador debe poner el niño boca abajo sobre el agua, sosteniéndolo con una mano en la parte superior del pacho y la otra en el vientre. Hay que dejar las piernas y brazos libres. Aquí comenzaremos a contar hasta 3, arrastrando el niño por el borde del agua de adelante hacia atrás. En el acento del 1 el niño toma la primera posición en el agua adelante y viaja hacia atrás en el 2 y 3. Repetirlo varias veces hasta que el niño se familiarice con el tempo o pulso (que debe ser igual todas las veces). Si le gusta el juego, comenzará a utilizar sus brazo y piernas para acompañar el ritmo y el movimiento del ejercicio.

6. Pellizcando el agua

Este ejercicio busca trabajar la motricidad fina del niño, la imitación y el concepto de causa efecto. El cuidador debe meter el borde de los dedos en el agua, contar 1, 2 y... 3. Al momento de decir 3 hace un pellizco en el agua que haga que salten gotitas. El objetivo es que el niño intente hacer lo mismo. El objetivo es que vaya poco a poco entendiendo que la acción es en el 3 y que debe usar sólo sus deditos, aunque naturalmente comenzará a hacerlo con toda su manito. Pero entre más se repita, más irá imitando las acciones.

La idea de estos juegos siempre tiene tres nortes: generar apego, estimulación y entretenimiento. Por eso son muy importantes. La recomendación principal es que se toman todos los juegos posibles, o actividades que el niño hace naturalmente e intentemos agregarle un elemento rítmico o melódico, así el niño comprenderá no sólo la actividad física desde el juego, sino que iremos estimulando su cerebro para trabajar múltiples áreas y desarrollarle la asociación positiva.

5.1.2 El juego: libertad, seguridad y expresión

El juego es uno de los momentos que más fomentan el desarrollo social y emocional del niño. A través de él, pueden aprender a coordinarse, establecer contacto visual, desarrollar el lenguaje mediante cantos y balbuceos, entender secuencias y generar interacciones emocionales con otros. Es esencial que el juego se desarrolle como una actividad que genere al niño entretenimiento y placer. Para él o ella debe ser un momento agradable donde disfruta de hacer, conocer e intercambiar. Siempre debe desarrollarse, por parte del cuidador, en un estado emocional positivo y constructivo, que entregue al niño esa misma sensación. Cuando esto no ocurre, y el estado emocional es negativo, se traspasará al niño de esta misma manera, y finalmente, no cumplirá su función.

El momento del juego es cuando mayor estimulación debemos generar. En esta instancia es fundamental que el niño entienda que, en ese momento, tiene libertad de expresarse, descubrir y preguntar. Es ideal que en estos momento el niño cuente con implementos de juego que emitan sonidos, que el cuidador repita estos sonidos y el niño sienta la libertad de imitarlos.

Siempre debiesen tenerse momentos de juego con canciones sencilla en la armonía: como con tónicas, cuarto y quintos, y en las letras. El menciona que *“Siempre es bueno hablarle a los niños, cantar a los niños. Pero si un niño es muy chiquitito, cantarle cosas sencillas, canciones cortitas, canciones que tengan una estructura simple estrellita, arruru, cosas muy sencillas porque ellos están preparados para eso. Por lo general las canciones*

infantiles tienen tónica cuarto y quinto como acordes y es to do fa sol por lo general. Uno, cuatro, cinco". La importancia en las canciones es generar asociación y familiarización. Para desarrollar estas características, el cuidador debería elegir dos o tres canciones y repetírselas al niño constantemente en sus momentos de juego. Esto provocará dos efectos muy importantes: el primero es que activará la memoria del niño, lo que permitirá que comience a aprendérsela y con eso repetirla, "cantarla" y asociar las vocales y sílabas sencillas lo que finalmente terminará en una acción de desarrollo del lenguaje. En segundo lugar, la repetición de la canción generará un vínculo entre el cuidador y el niño. Al momento de escucharla, él o ella reconocerán esa canción como suya y como parte de la relación con el cuidador, lo que aportará a desarrollar el apego saludable y una autoestima basada en el reconocimiento de algo propio, como además una asociación a constancia y estabilidad.

Durante el juego es esencial que el niño sepa que puede investigar, y su cuidador está ahí para entregarle seguridad y fomentarlo a descubrir. Al acompañarlo en este proceso, las melodías son fundamentales. Generar las palabras "sí", "no", "vamos", "con cuidado" en tono de canción, ayudará al niño a entender de manera emocional el significado de la palabra. Es importante que el cuidador, utilice pequeños cantos al momento de acompañar al niño en su búsqueda, ya que permite diseñar asociaciones directas a las palabras y significados a los sonidos.

Por último, es fundamental que el juego esté asociado a la estimulación tanto cognitiva como física. Cuando cantamos a los niños o jugamos imitando sonidos de animales debemos primero buscar que el niño vaya entendiendo el sonido emitido con los elementos que debiese reconocer (el animal, el objeto) y la emoción a la cual está asociada (¿Dónde está? Bajito en tono de búsqueda, y "Ahí está" tono agudo de felicidad al momento de encontrar). Pero también es tremendamente relevante que los niños generen reacciones corporales a los juegos. Es importante que su proceso de descubrimiento también vaya asociado a la reacción que las emociones u objetos le generen. Cuando el niño está dispuesto a expresarse de manera verbal, paralingüística y kinésica, se desarrolla una estimulación sana y conjunta.

Al momento de jugar, es importante que el niño reconozca una melodía que le indique es un momento de alegría y entretenimiento. Se recomienda cantarle a los niños e incentivarlos a participar de canciones. Algunas recomendaciones:

- Canciones culturales: el escuchar y cantar canciones enseñadas por los cuidadores, propias de su cultura o de sus experiencias, ayudan al niño a entender su entorno.
- Canto en brazos: para mejorar la conciencia auditiva y emocional, podemos cantarle a los niños y llevar el ritmo, para que así ellos regulen los ritmos naturales de su cuerpo.
- Escuchar música clásica: Desarrollo de aptitudes musicales y desarrollo cerebral. Es importante que los niños escuchen obras completas para que entiendan la estructura de la música
- Crear coreografías simples: Generan un vínculo entre los cuidadores y los niños, cuando al escuchar música se inventan coreografías, los niños lo disfrutan y los conecta con los cuidadores a una actividad conjunta.
- Cantar y escuchar música en estado de calma: Ayuda a las defensas del organismo, aumentando la actividad inmunitaria al entregar seguridad y tranquilidad.
- Canto con objetos rítmicos: desarrolla la coordinación y el sentido rítmico.
- Canto en grupos de juego: permite que los niños aprendan a generar lazos y relaciones a través de actividades estimulantes.

En los primeros meses de vida, los niños comienzan a desarrollar la fuerza en el cuello para sostener su cabeza. Este ejercicio no siempre es del agrado de los bebés, por lo que lo mejor

es hacerle una actividad musical que lo acompañe y le fomente el ejercicio. Acostamos al bebé en la cama o el suelo de guatita, nos paramos a un metro de distancia, de frente a su cara con una leve altura en relación al bebé. Comenzar a cantar una canción que le guste, ideal si incluye su nombre y el bebé se comience a sentir aludido. Con este ejercicio, el bebé intentará buscar de dónde viene la música, por lo que se obligará a elevar su cabeza, y con eso ejercitar su musculatura de cuello y espalda.

5.1.3 El sueño: tranquilidad, balance y entrega.

El sueño es un elemento muy diferente a los anteriores. Muchos niños con traumas, lo manifiestan a través de trastornos de este mismo. Pero a diferencia del juego, en esta instancia no debemos buscar la activación del niño sino que tranquilidad, balance y entrega.

Para estimular un sueño óptimo, la música debe jugar un rol fundamental asociado a generar paz, tranquilidad y seguridad al lactante. Para eso, se debe recurrir a melodías sencillas y a un pulso lento y estable. Evitar música que tenga instrumentación con percusión y fomentar los instrumentos melódicos. Ideal, es que el niño tenga una canción específica para dormir, lo que genere una acción de “condicionamiento clásico” que, cuando la escuche, entienda que debe dormir y su cuerpo lo asocie de esa forma.

Es importante compartir esta experiencia con el niño. Por lo mismo hay que reconocer su reacción a las diferentes alternativas musicales. Todos los niños son diferentes, por lo que no todas las canciones provocarán los mismos efectos. Es importante hacer un trabajo directo con él, probando cantarle diferentes melodías y encontrar una con la cual el lactante se siente tranquilo y reaccione de manera tal que su energía comienza a estabilizarse y encontrar un equilibrio. Una vez que se encuentre una canción con la que el niño asocie un sueño saludable, utilizarle siempre. Entendiendo que los cuidadores no muchas veces puede estar cantándoles hasta que se queden dormidos, es posible grabarlas o ponerles una versión original o acústica de la canción.

Es muy importante entender que para que un niño se desarrolle de manera saludable, este requiere de un número de horas de sueño necesarias, que deben cumplirse. Los cuidadores deben encargarse que ciertos factores externo, que tienen que ver con el sueño, como son la luz y la oscuridad, el ruido y el silencio, y las rutinas: las horas de comer, los estímulos asociados a la hora de ir a dormir, y por sobretodo la actitud de los cuidadores para enseñar un hábito de sueño. Cuando todos estos elementos son constantes y parte de la rutina del niño, éste logrará en poco tiempo, asociarlo con la hora de dormir.

Parte importante del proceso de reparación, implica estabilizar al los lactantes en sus distintas etapas de desarrollo. Muchos de los niños con traumas asociados a sus vivencias, manifiestan trastornos del sueño y/o insomnio infantil. El insomnio infantil se caracteriza por alguna de las siguientes situaciones:

- Dificultad para que el niño se duerma solo.
- Frecuentes despertares nocturnos (hasta 15 veces) con imposibilidad de volver a dormirse sin ayuda de los cuidadores.
- Sueño muy superficial.
- Duración del sueño inferior a la normal en función de su edad.

La mayoría de los casos de insomnio infantil es porque los niños no han desarrollado los hábitos. Todos los bebés duermen, pero no todos saben hacerlo bien, por ello dormir bien es algo que se aprende. Es muy relevante que los cuidadores le entreguen a los niños herramientas y hábitos para dormir. En los bebés que han sido vulnerados, existe un porcentaje de casos en que el insomnio se produce por motivos psicológicos, debido a la presencia de problemas de tipo emocional. Sin un sano proceso de descanso, los niños pueden manifestar atrasos en su desarrollo cognitivo normal.

Es importante fomentar la independencia del niño a la hora de dormir y enseñarle a que duerma solo. Se debe crear un ritual alrededor de la acción de acostarse en el que participen padres y niño, pero dejando al niño despierto en su cuna o cama para que él solo concilie el sueño.

Para una sana reparación, es necesario que el ambiente esté favorable. Antes de la propuesta musical, debiésemos intentar cumplir ciertas cosas que permitan aportar a un ambiente más seguro. Por ejemplo:

- Durante el día no se recomienda absoluto silencio ni oscuridad.
- Rutina antes de ir a la cama. Establecer un horario fijo para estos pasos.
- Dormir en su cuna o cama.
- Contar con algunos objetos apreciados por el niño en su cuna (chupete, manta, peluche)
- Tranquilidad y oscuridad por la noche.
- Evitar presencia de adultos mientras se queda dormido.
- Cuidar que las necesidades básicas del niños estén cubiertas antes de dormir, comida, limpieza, higiene, temperatura.

Algunas actividades para ir generando hábitos:

De 0 a 3 meses

En los primeros meses de vida, los bebés pasan la mayoría del tiempo durmiendo. Es importante mostrarles la diferencia entre los momentos activos y los momentos de sueño. Estimularlos cuando están despiertos y bajarles la intensidad al momento de dormir, es esencial para que el niño vaya asociando objetos y comportamientos a la vigilia. Así poco a poco vamos generando un hábito con elementos referenciales.

Es muy importante diferenciar el sueño de día con el de noche. Por eso es que:

- Día, debemos integrar luz y ruidos suaves. Podemos aportar en este momento con música suave o un móvil musical o conversaciones a volumen normal, que permita al niño acostumbrarse a dormir con estímulos circundantes.
- Noche, es más relevante la oscuridad, para que el sueño sea más prolongado, y su cuerpo distinga el periodo del día. Aquí se recomienda disminuir los sonidos pero no al 100%.

De 3 a 6 meses

En esta etapa, el ciclo de sueño debiese buscar estabilizarse en ciclos de tres horas al día. Para generarles una rutina, hay que desarrollar una secuencia de acciones que acaben con el niño acostado y listo para dormir, y repetirla todos los días. Las siguientes pautas ayudarán a establecer esa rutina:

Después de comer, y justo antes de ir a dormir, se recomienda que los cuidadores hagan actividades de conversación cantada, jugando sin sobre estimularlo o cantándole una canción, de esta manera el niño se sentirá querido y protegido, adquiriendo una seguridad que le ayude a conciliar el sueño reconfortado. Idealmente, para ir determinando esta rutina, hay que repetir las canciones o conversaciones, para finalmente terminar con alguna expresión musical que indique desearle buenas noches y que se le dejará solo para dormir. Todo esto puede ser acompañado de objetos que al niño le entreguen ese mismo reconocimiento.

De 6 a 18 meses

A partir de los 6 meses las fases de sueño se reducen a dos siestas y el en la noche entre 11 y 12 horas. A partir de los 6 meses, el bebé empieza a aprender y tiene ganas de estar más tiempo despierto. Además va teniendo más control sobre sí mismo y puede mantenerse despierto en la cuna. Es importante generarle una rutina a los niños que vienen llegado a la residencia, o mantenerle y fomentarle la estabilidad a los que viven ahí hace un tiempo. Es importante que el niño concilie solo el sueño. En esta etapa todavía podemos usar las canciones para generar conciencia de que esa canción implica hora de dormir.

Entre 18 meses y 3 años.

Ya en esta etapa, no necesita tantas horas de sueño, y finalmente eliminará la siesta en la mañana. Es importante acompañarlo en este cambio y entender que pasará por momentos que está muy cansado mientras hace la transición a no dormir. Por ello, en algunas ocasiones será necesario despertar al niño de su siesta. Debemos hacer estos ajustes, de manera que el niño no se sienta violentado. Es posible implementar canciones que hablen acerca de despertar. Generar un repertorio indicado para el momento de dormir, que sea más suave y relajante, y una canción para despertar que sea alegre y protectora.

5.1.4 A comer: compartir y escuchar sin distracciones

La alimentación también es una actividad por la cual muchos niños somatizan sus afecciones. Según E4 y E5, muchos de los niños en residencias expresan sus malestares a través de trastornos con la comida. En muchos casos ocurre que no comen, vomitan todo lo que se les da, rechazan muchos alimentos, comen en exceso o generan un rechazo a múltiples acciones orales (como la comida o mamadera). Estos efectos se observan tanto en su disposición a comer como en su reacción corporal a la comida (desde estreñimientos severos, hasta la no retención de alimentos con vómitos y diarreas). La alimentación nutritiva es fundamental en el desarrollo íntegro de un niño, por lo que es esencial desarrollar una relación saludable entre el lactante y la comida. Entre 0 y 3 años también vemos una evolución desde el consumo exclusivo de leche, pasando por las papillas, hasta llegar a los sólidos. Cuando estas transiciones no son empáticas con los niños, pueden desarrollar mayores complicaciones en ellos. Un elemento muy relevante es tener claridad de que el niño no sufra alguna alergia o impedimento físico-neurológico, ya que en ese caso, el forzar la alimentación sería nuevamente exponerlo a un evento traumático y violento de manera reiterada.

Es importante que la hora de comida se entienda como un momento más bien de calma que de estimulación activa, aunque no tan exacerbada como la del sueño. Es importante que el niño canalice sus energías a comer y no esté con la atención dirigida a diferentes partes. Hay niños que no tienen problemas para comer y hay que respetar su espacio de silencio o necesidades que manifieste para su comodidad. Cuando sí existen problemas, es necesario entregarle al niño una sensación positiva y de calma. En la primera etapa de alimentación con leche en mamadera, el arrullo es fundamental. Podemos acompañar al niño con una canción suave y tranquilizadora o podemos utilizar una conversación tranquila y melódica. Es importante que el niño relacione este momento con algo positivo, en que su cuidador está saciando una necesidad con amor y afecto. Cuando se le produce una mala interacción al momento de comer, se sentirá poco protegido y no reaccionará bien a la comida. Para

esto, es necesario implementar el sistema de canto simple o conversación melódica donde se le explique al niño que está seguro y que le hace bien comer. En las diversas entrevistas, se ha explicado que los niños entienden lo que se le dice, aunque no hablen. Parte de la comunicación no verbal, o sea, la entonación y dinámica en cual les trasparamos la información con la voz, será entendida por el lactante. A raíz de eso, debemos conversarles y cantarles suavemente para conectar con lo positivo de comer.

A los pequeños que ya comen papillas y sólidos, es fundamental desarrollar un ambiente animado y positivo en torno a la comida. Una buena opción para conseguir reacciones positivas es con la recreación creativa. Presentar los platos de manera divertida y animada, donde los niños asocien el momento de comer con un momento entretenido. Para esto se pueden usar canciones infantiles que *hablen de comida*. Existen una diversidad enorme de canciones que hablan de diversos temas como: comer vegetales, los animales que se comen toda la comida, los bailes de los alimentos, etc. Idealmente el cuidador puede cantárselo antes de comer, con el fin de que el niño asocie la hora de comida y entienda que viene ese momento y active su hambre. Por otro lado, también debiese utilizarse durante las comidas para el que niño asocie el tipo de alimento con la canción y vaya desarrollando cognitivamente los aspectos positivos de la comida con su reacción hacia ella.

Podemos inventarle una canción. Usando una melodía original o cambiándole la letra a una canción conocida, podemos diseñar nuestra propia canción para comer. Por ejemplo tomemos la melodía de la canción “los pollitos dicen” y le agregamos una letra simple, clara y motivadora.

*“Ya llegó la hora de comer comida
Hecha para (nombre del niño) muy entretenida.
Para crecer grandes, sanos y muy fuertes
Tengo mi colado, ¡ay que tengo suerte!”*

Entonces, cada vez que llegue la hora de comer, comenzamos a tararear la melodía, así el niño sospechará lo que viene. Mientras la calentamos, preparamos o ponemos en el plato, le

vamos cantando la canción y presentándole la comida. Podemos comer un poco nosotros y mostrarle con gestos y vocalizaciones que está muy rico. Independiente la comida, podemos cambiarle la frase a la canción:

Tengo mi frutita, ¡ay que tengo suerte!

Tengo mi pollito, ¡ay que tengo suerte!

Tengo verduritas, ¡ay que tengo suerte!

Tengo postrecito, ¡ay que tengo suerte!

Tengo mi frutita, ¡ay que tengo suerte!

La creatividad no tiene límites. Es importante recalcarle a cualquier cuidador, que no estamos componiendo una canción para un premio Grammy, sino que para que el niño estimule su relación con la comida de manera positiva. No importa si somos desafinados, las canciones no rimen o no tengan una estructura precisa. Lo importante es que el niño se sienta aludido, atendido y motivado. Siempre pueden ayudarse con canciones existentes.

5.2. IMPLEMENTACIÓN SEGÚN EDAD

A continuación se entregará una propuesta basada en la edad de los niños, horarios y tipos de estimulación basados en lo visto en el punto 5.1. Sabemos que no todos los niños son iguales y que sus dificultades pueden hacer más difíciles los procesos, pero con el fin de enfrentar el la reparación a través de la música, a continuación mostraremos una guía de actividades. Los horarios son de forma referencial ya que no todos los niños responder a la generalidad.

Rango edad	Horario	Intervención	Observaciones
0-3 meses	8:00-10:00	Juego	Poner al lactante en las piernas y conversar cantando, estimulando su visión y orientación
	11:00 -12:00	Muda	En los primeros meses, el baño sueña ser con algodones o toallas húmedas. El ejercicio consiste en utilizar la voz para explicarle al niño qué se está haciendo, hablándole de su cuerpo y entablar una afecto respetuoso con su piel. Favorece mucho acompañar la voz con gestos y sonrisas
	18:00- 19:00	Sueño	Utilizar canciones de cuna, pueden ser envasadas a un volumen suave. También se puede cantar unos minutos con el fin de relajar al niño, en brazos, hasta que comience a quedarse dormido.
3-6 meses	6:00- 8:00	Muda	Esta hora los niños comienzan a estar más activos. Se recomienda una muda interactiva, basada en el intercambio de cantos y gestos. Estimular que el niño utilice su cuerpo, tomándose los pies. Se recomienda también tomarle los pies y hacer aplauso y movimientos con ellos mientras se conversa. Los cantos debiesen ir asociados a la actividad, hablándole su de cuerpo y limpieza, con cariño y afecto.
	8:00-11:00	Juego	En esta etapa es fundamental estimular la fuerza del cuello. El ejercicio es poner al niño de guatita y cantarle desde una altura que lo obligue a seguir la voz con su mirada. Debe ser a una distancia de no más de un metro y utilizando sonoridades alegres que llamen la atención del niño, para que levante su cabeza.
	17:00-18:00:00	Baño	En este rango de edad los niños se bañan con agua. Este es un momento importante para generar apegos. El ejercicio consiste en hablarle o cantarle al niño mientras está en el agua. Mientras se le conversa o cuentan historias, es esencial usar el agua como complemento. Por ejemplo, echarle agua sobre su cuerpo y acompañarlo con sonoridades y palabras de disfrute. Incitar al niño a golpear el agua como reacción a la música.
	18:00-19:00	Sueño	Utilizar canciones de cuna, pueden ser envasadas a un volumen suave. También se puede cantar unos minutos con el fin de relajar al niño, en su cuna, hasta que comience a quedarse dormido.
6-12 meses	7:00- 8:00	Muda	Esta hora los niños comienzan a estar más activos. Se recomienda una muda interactiva, basada en el intercambio de cantos y gestos. Estimular que el niño utilice su cuerpo, tomándose los pies. Se recomienda también tomarle los pies y hacer aplauso y movimientos con ellos mientras se conversa. Los cantos debiesen ir asociados a la actividad, hablándole su de cuerpo y limpieza, con cariño y afecto. En esta etapa se debiese estimular que el niño responda a los cantos, así que si emite ruidos o balbuceos, hay que imitarlos para entablar una comunicación con ellos, en base a respuestas.
	8:00-11:00	Juego	Durante esta etapa los niños ya comienzan a sentarse, gatear y luego pararse. Parte importante es estimularlo a través de frases o palabras. Por ejemplo tomarle las manitas y cantar "1,2,3 jarriba!" y ayudarlo a levantarse. Con el tiempo, el niño entenderá que esa frase va acompañada de un esfuerzo de pararse, lo que ayudará a su trabajo muscular, memoria, y comprensión del lenguaje. Ocurre lo mismo cuando lanzamos objetos, si utilizamos una frase como "1,2,3" y lanzamos una pelota, el niño comprenderá que después de esa cuenta ocurre un juego. Ideal también generar la participación de él jugando a "¿Dónde está?... ahí está" escondiéndole la cara.
	11:00 -12:00	Comida	en esta etapa comienzan a comer papillas y sólidos. Incentivar una alimentación positiva tiene que ver con la experiencia con la comida. El ejercicio es estimularlos hablandoles cantado acerca de la comida, lo bien que les hace y lo rica que está. Acompañar la vocalización con gestos y juegos ayudará a que el niño mejore la experiencia.
	19:00	Sueño	Utilizar canciones de cuna envasadas o de móviles. A esta edad es importante que duerman solos, sin la compañía de un adulto.
1- 3 años	8:00-10:00	Muda	Esta hora los niños comienzan a estar más activos. Se recomienda una muda interactiva, basada en el intercambio de cantos y gestos. En esta etapa los niños conversan, en su forma, así que es importante interactuar con ellos y responder a sus palabras o balbuceos, así se estimula el lenguaje. Ya pueden moverse mucho, por lo que hay que explicarles que deben quedarse más quietos para poder mudarlos.
	10:00- 12:00	Juego	Una etapa de juego donde la imitación es fundamental. Cuando jugamos con los niños ellos exploran y buscan que los cuidadores les reafirmen las cosas nuevas. En esta etapa ya podemos cantar canciones sencillas, que lo niños poco a poco pueden memorizar y cantar. Hay que fomentar la expresión. Si la canción genera que el niño baile, salte utilice un balde de percusión, cante o o aplauda, hay que permitirle. Entender que cada reacción es una forma de expresión de lo que pasa con sus emociones, por lo que es esencial permitirles expresarlo a través de la música, observarlos y acompañarlos.
	12:00-13:00	Comida	Poco a poco incentivar la independencia. Utilizar frases musicales que reflejen un buen trabajo. Por ejemplo si cada vez que el niño toma bien su cuchara, se come toda la comida, etc, le podemos inventar una canción de diga: "muy muy bien, (su nombre)" con aplausos y muestras de afecto.
	16:00 - 18:00	Juego	Cuando juegan solos también es importante que tengan música envasada, idealmente que sea una lista de reproducción que se repita todos los días. Para los niños es importante la rutina y la estabilidad. tener una música conocida lo ayudará a sentirse más seguro. Cuando están más cerca de la hora de dormir, es preferible utilizar música con un pulso más lento, que los permita comenzar a relajarse.
	19:00-20:00	Sueño	Cuenta cuento musicalizado. Idealmente tener una selección de 3 o 4 libros, que permita que ellos los reconozcan y aprendan.

6. CONCLUSIONES

El desarrollo del proyecto ha sido un camino de múltiples aristas, asociadas a áreas de la psicología, neurología, infancia, música, hasta llegar a las imponentes realidades de las residencias del Sename, o la nueva Mejor Niñez. El desafío fue principalmente, comprender la importante ruta de desarrollo en la primera infancia, el impacto de la estimulación en ese periodo y cómo la música podía aportar.

Como principal antecedente, había que comprender el concepto de cognición, y cómo diversas teorías cognitivas, han llevado al contexto actual de entendimiento. El desarrollo del contenido académico en torno a qué son las funciones cognitivas y cómo afectan nuestro desarrollo y la manera en que enfrentamos al mundo, era un argumento fundamental para no sólo comprender la importancia a nivel funcional, sino que para diagnosticar el daño en el largo plazo que puede generar la ausencia de la estimulación en niños pequeños. Al comprender qué son estas funciones y cuál es su relevancia en nuestra vida, permitió dar el puntapié inicial de conciencia en relación a este proyecto.

El segundo antecedente, y factor relevante fue la comprensión de los elementos de la primera infancia. En este estudio comprendimos que esta etapa es modeladora del carácter futuro de los seres humanos. En ella tenemos el periodo de desarrollo neuronal máximo de nuestra vida, y las experiencias que vivamos durante esta etapa, determinarán gran parte de nuestra forma de comprender y convivir con nuestro ambiente. La relevancia de esto, es que aportó a entender por qué el rango entre 0 y 3 años, de esta tesis, cobraba mayor valor y relevancia.

En los inicios del proyecto, para poder entender cómo la música puede impactar al desarrollo cognitivo en niños que viven en residencias estatales, fue esencial construir un marco teórico que implicara tres puntos claves: el desarrollo y estimulación temprana, el Sename, y la música como terapia alternativa. Se eligieron estos tres ejes ya que triangulaban de manera perfecta la problematización. En primer lugar, para poder entender la relación entre el desarrollo cognitivo y la primera infancia, había que comprender en

profundidad la importancia de que la estimulación sana ocurra en los primeros años de vida. Los primeros años son fundamentales en la vida de las personas, y la correcta estimulación convive con el conocimiento del desarrollo mental, físico y emocional de cada etapa. Se espera que para que haya un correcto desarrollo, los niños aprendan ciertas cosas y se expongan a nuevas experiencias asociadas a su capacidad de entendimiento y recepción. Cuando esto ocurre de manera sincronizada, y acompañada, los efectos serán positivos en su arquitectura cerebral, pero cuando son negativos, pueden generar traumas o bloqueos, lo que da pie al capítulo 4. Lo esencial de comprender acerca de esta etapa es que es la base fundamental para el desarrollo de todas las áreas tanto físicas, emocionales, intelectuales y sociales que permitirán a un individuo aspirar a una vida exitosa a futuro. Cuando se inició la tesis, se escogió esta edad como un referente más bien referente, pero la información adquirida permitió comprender que, efectivamente, era la edad primordial para enfocar un correcto trabajo. Esto de debido a que en este periodo se determina la arquitectura del cerebro de un niño, creando la base de la capacidad de aprendizaje. Se concluyó que el desarrollo sensorial y de lenguaje está en su máximo desarrollo dentro del primer año de vida, mientras las funciones cognitivas alcanzan su punto culmine a los 3 años. La razón porque este periodo es fundamental, para el desarrollo central del individuo, es que este fenómeno no se vuelve a repetir en el transcurso de la vida, o sea, esa capacidad de absorber información y codificarla de manera correcta, no tiene posibilidad de repetirse con la misma sensibilidad en un futuro. Esto es porque el cerebro no puede llegar a su máximo desarrollo si no está expuesto a influencia que le permitan perfeccionar sus funciones neurológicas. El desarrollo del cerebro es directamente vulnerable a las influencias del medio ambiente. Cuando está expuesto a estimulación, cariño, afecto y juego su desarrollo será positivo, pero los efectos también puede ocurrir de manera contraria y sufrir daños irreversibles en caso que la estimulación sea nula o negativa. Por eso es que las posibilidades que tenga un niño en el futuro, están determinadas por el nivel de estimulación y atención que reciba durante sus primeros años de vida, por parte de su entorno social y afectivo. Esta plasticidad, que es única para esta edad, permite al cerebro adaptarse a las distintas situaciones del entorno, reaccionando a los estímulos y generando nuevas conexiones neuronales que le permitan al cerebro almacenar esa información y generar una respuesta o aprendizaje en relación a ellas, y a su entorno. Pero también es

fundamental comprender que cuando los aprendizajes son negativos, irreversible para las funciones neuronales y que pueden generarse aprendizajes negativos. El principal aporte de este capítulo fue comprender que, cuando las experiencias son positivas, y los aprendizajes están orientados a un entendimiento acogedor del medio y a una buena adquisición de herramientas, se generarán relaciones sociales y emocionales, sanas y significativas.

El segundo pilar del marco teórico, se basó en descubrir la institución del Sename. Hay que hacer el alcance que este organismo ya está en proceso de cambios hacia un nuevo modelo. Aun así, la realidad de la estimulación a niños vulnerados no cambia, por lo que se decidió hacer el proyecto en torno a la institución actual. La importancia de este capítulo, es conocer la historia y funcionamiento de este organismo. Es un capítulo estructural, pero que ayuda a entender no sólo lo que ocurre en él, sino que también la realidad de por qué los niños llegan ahí. Conocer el concepto del Sename o Mejor Niñez, nos permite poner en contexto las realidades que ocurren en nuestro país. Existen dos elementos que nos llevan a analizar el proyecto de implementación. Los niños en las residencias, generalmente, sufren una doble vulneración: la primera tiene que ver con las razones por las cuales son alejados de sus hogares y los daños que son infringidos por sus familias. Debido a esto, es importante considerar que la gran parte de los niños que llegan al Sename, traen la presencia de un trauma asociado a su realidad nuclear. Por ende, esta institución no sólo debe cumplir con la rol de acogerlos, satisfacer sus necesidades básicas y protegerlos, sino que tiene debiese intentar cumplir con un rol reparador. Si estos niños pasan de su casa a un hogar que no es consiente de sus afecciones, sus posibilidades de salir adelante, en un futuro, son mínimas. A raíz de esta observación es que también nace el sub capítulo 4.3 de reparación. Vimos también que el Sename está cambiando de figura, y ahora Mejor Niñez está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social. La esperanza de este cambio, se encuentra en poder diferenciar la situación de los niños protegidos por el Estado, y aquellos jóvenes en conflicto con la ley. Este se espera sea un avance profundo en la distribución de fondo, separación de ministerio y gestión. Este sub capítulo permitió abrir ciertas realidad, que ofrecieron sobretodo lo entrevistados después, de cómo se enfrentan las posibilidades reales de implementación de actividades para los niños. Los recursos, instalaciones y reglamentos, juegan un rol fundamental en la aplicación y creación de iniciativas.

El tercer eje del marco teórico es la música como terapia alternativa, que busca recorrer los elementos culturales, terapéuticos y estimulantes que ésta conlleva. Este capítulo abre los aires esperanzadores, introduciendo fundamentos como la musicoterapia y sus herramientas sanadoras. En esta parte del marco teórico comenzamos a entender que la modernidad y los avances en este tipo de terapias, traen con ellas nuevas soluciones a los problemas que vemos en los niños. Este capítulo nos permite ir orientando los elementos, herramientas y modelos que nos permitirán construir una implementación. La evidencia de los efectos de la música, viene desde sus inicios, ya que ha sido parte fundamental de la cultura en todas las civilizaciones. Es parte de la configuración y consolidación de la identidad de personas y grupos.

La música es capaz de provocar emociones, evocar recuerdos, producir alegría, nostalgia, serenidad y conectar con la espiritualidad. Es la forma más antigua de expresión, son los primeros sonidos que emite un bebé con el fin de participar activamente del lenguaje. Los sonidos transforman las conductas humanas y definen expresiones emocionales y anímicas. Los elementos que componen la música definirán cómo nos hacen sentir, como: el tono, la tonalidad, el ritmo, el volumen, el silencio, entre otros. Cuando hablamos del canto, las características de color de la voz, influyen fuertemente en el reconocimiento e individualidad de quien emite el sonido. Cuando el sistema auditivo recibe el estímulo de un sonido, activa una serie de procesos tanto mecánicos, químicos y bioeléctricos que generan la reacción de diversas regiones del cerebro que producen un reconocimiento de dichos sonidos y su significado emocional. Una de las características fundamentales de la música, se arraigan a las emociones. Ésta nos genera diferentes sensaciones asociadas a distintas vivencias, experiencias o deseos. Estas características tienen fundamentos neurológicos que explican que el cerebro, cuando es estimulado con música, activa las mismas zonas neuronales en que se encuentran las emociones. Cuando escuchamos música, el sistema límbico se activa generando reacciones psicofisiológicas que influyen en todo nuestro cuerpo. Pero la forma en que respondemos depende de nuestra propia experiencia y cómo ésta ha determinado nuestro entendimiento del entorno. Por eso, el aporte de la música a las asociaciones emocionales se vuelve tan importante. Desde esta perspectiva nace la musicoterapia, que es un sistema que genera intervenciones musicales para

aumentar el bienestar, controlar el estrés, reducir el dolor, expresar sentimientos, mejorar la memoria, mejorar la comunicación y facilitar la rehabilitación física. Es por esto, que es altamente relevante la intervención musical durante los primeros años, ya que es el periodo cúlmine para la generación neuronal del sistema auditivo y las asociaciones que compone con él. Una intervención rica en música, permitirá una mayor maduración y asociación positiva entre el oído y el cerebro. La musicoterapia ha demostrado ayudar a la construcción y concepción que los niños hacen del mundo. Esto se logra a través del lenguaje expresivo que permite al niños interactuar con el medio que lo rodea, promoviendo su desarrollo cognitivo y descubrimiento de los estímulos externos, su cuerpo y sus relaciones con otros. En sus primeros años, definirán cómo enfrentarán cognitivamente el mundo y las herramientas que desarrollan para interactuar con él. Por lo mismo, estos años son los más relevantes para generar las mejores prácticas junto a ellos. La música es fundamental en las formulaciones de su confianza, estabilidad y facilidad de entendimiento

A partir del marco teórico, se realizaron las entrevistas a personas del ámbito de la psicología, la musicoterapia y voluntarias que han trabajado en residencias del Sename. Las entrevistas entregaron visiones concretas acerca de las temáticas expuestas y de las realidades que se pueden observar en los niños que viven en residencias. A partir de estas conversaciones, se dio origen a la estructura del análisis de resultados que permitió que nos enfocáramos en tres pilares que construyen el modelo de esta tesis: el trauma, el apego y la reparación. El trauma psicológico ocurre cuando los niños son expuestos a situaciones de estrés. Según las experiencias que hayan tenido, en relación a las condiciones que vive un niño al momento de entrar a un programa de residencia, nos encontramos con que la mayoría han sido expuestos a negligencia, maltrato, violencia y abusos. Estas experiencia provocan en los niños situaciones de estrés, y este estrés generado de manera permanente o constante, provoca los traumas. La progresión de eventos traumáticos, conllevará a un desarrollo cognitivo insano. Esta se consideraría la primera etapa de esta interconexión. Si consideramos que la mayoría de los niños institucionalizados, vienen con esta carga, nos permite comprender, que el modelo de implementación musical debe apuntar a considerar esos factores e integrarlos.

Lo más importante al momento de considerar cualquier tipo de metodología terapéutica, es comprender que los niños en residencia, han experimentado eventos traumáticos importantes, que determinan su estado mental, su nivel de desarrollo y su capacidad de recibir cualquier tipo de asistencia. Entender que se está trabajando con niños que no necesariamente tienen una predisposición cognitiva similar a la de un niño en un hogar estable, abre diversos espacios de cuestionamiento. En este capítulo analizamos las teorías acerca de los traumas y todas las características que se pueden manifestar debido a él. Para poder construir la implementación, fue fundamental comprender las distintas actitudes de estos infantes que podrías ayudarnos a determinar las carencias y que también podrían hacer más desafiante la terapia. En base a las entrevistas y alguna bibliografía, entendimos que, entre 0 y 3 años, las somatizaciones traumáticas se enfocan principalmente en el sueño, la alimentación, la intimidad y la conexión con otros, y esto nos permitió orientar la implementación del modelo (capítulo 5) en base a estas aristas.

El segundo pilar fue unos de los puntos de inflexión más relevantes de la tesis. No fue muy considerado al comienzo, pero se presentó de manera exhaustiva en las entrevistas, dándole una importancia fundamental y primaria al desarrollo saludable de los niños. Este es el apego. En todas las entrevistas, el apego surgió como el primer elemento necesario (después de las necesidades básicas) para construir cualquier arquitectura cerebral y emocional en un bebé. Al entender los efectos de un buen apego, concluimos la importancia catastrófica de que los muchos niños no lo obtengan en sus primeros años de vida, y también cómo su presencia es fundamental para un trabajo reparativo. Para que los niños construyan un comportamiento saludables y que produzcan felicidad, deben ir acompañados de contacto físico y emocional con su madre, padre o cuidador, en los cuidados cotidianos del bebé. Cuando esta relación es activa y competente, sobretodo en los aspectos emocionales, constituyen la primera y más fundamental fuente de amor. Cuando no lo son y además agreden activamente a los niños, éstos sufrirán el impacto de un ambiente carencial, donde el estrés, la violencia y el abandono generará rupturas en su arquitectura cerebral. Cuando a los bebés y niños no se les acaricia y se les abandona, los sistemas cerebrales responsables de la experiencia placentera de la vinculación afectiva

dejan de funcionar. La consecuencia de esto, a corto plazo, son niños y niñas que sufren intensamente y cuyo dolor se les almacena en “memorias traumáticas” en el cerebro emocional. Estas memorias determinan sus comportamientos, sobre todos aquellos que tienen que ver con la relación con los demás. Este sufrimiento conducirá a diferentes trastornos del desarrollo, así como a alteraciones importantes en sus modos de relacionarse o modelos de apego. En el desarrollo de este capítulo descubrimos los diferentes apegos que existen y la relevancia para que un niños crezca de manera saludable. Es por esto, que el tema tomó un rol fundamental en los resultados, y la implementación consideró el apego en cada una de las actividades a realizar.

El tercer y último pilar del análisis fue la reparación. Esta última surge de la necesidad de comprender que este modelo no busca simplemente estimular de manera cognitiva a niños, sino que reparar un daño causado en sus primeros años de vida. Esta función musical busca utilizar las características y herramientas naturales que tiene la música para encontrar esos rasgos traumáticos, reemplazarlos por terapias de apego y buscar sanar heridas, llenar vacíos y generar conexiones emocionales y relacionales de estos niños afectados con sus cuidadores. Esta fue una de las conclusiones más importante de este sub capítulo: para que haya reparación debe haber una figura (cuidador) con el cual el niño establezca estos lazos de apego que le permitan reparar los daños anteriores. El objetivo de esta reparación es intentar eliminar barreras que impidan a los niños, llevar a cabo una vida normal, y darles herramientas que le permitan tener independencia y autocuidado. Para conseguir estos objetivos es necesario trabajar distintas etapas de sanación: restauración, compensación, sustitución, activación-estimulación e integración. La voz, a diferencia de cualquier otro instrumento, es parte de nuestro cuerpo y constituye un elemento personal y natural. Tiene una sonoridad que la hace única y representativa de quien emite sonidos con ella. Cuando usamos la voz o cantamos, estamos haciendo música, esa música es completamente personalizada y única. El valor del canto, es su comunicación y capacidad para transmitir sentimientos, nos permite transmitir emociones y sensaciones profundas que pueden alterar el estado de ánimo de otros mediante un sonido de paz, de alegría, como también de rabia y odio. Desde una perspectiva general, quienes han trabajado con niños vulnerables en residencias, describen el proceso de acercamiento a ellos como algo intrínseco que

ocurre entre ellos y el niño, que normalmente inicia con una resistencia y que finalmente termina con una aceptación. El apego se realiza, en general, en torno al cariño, al contacto y al reconocimiento. La música y su relación con los estados de ánimo es capaz de resolver los niveles de estrés con que puede venir un niño. Lo importante es entender que **el canto para la reparación tiene que ver con la creación de vínculos**. Los procesos que han vivido estos niños, han generado traumas y desapegos, la musicoterapia lleva a crear comunicación. Cuando existe expresión y comunicación entre los niños y los cuidadores, se genera un vínculo. Esta construcción de vínculos, ayuda a romper con el principio de falta de seguridad porque se establece una relación nueva y sana en sus vidas. El canto cumple un rol de canal de comunicación entre el niño y el comunicador para entablar relaciones afectivas y comunicativas que permiten corregir emociones insanas, comprendiendo que existe una persona que sí se preocupa por ellos y está dispuesto a cuidarlo y quererlo, con la cual tienen una vía única y especial de comunicación.

En relación a lo anterior, el capítulo 5 busca generar una intervención musical basada en las actividades diarias de los niños. La realidad nos muestra que no existen recursos físicos o humanos suficientes para cubrir todas sus necesidades. Es por eso que se diseñó un programa orientado a las actividades cotidianas, pero agregándoles un elemento musical enfocado al apego y estimulación. Estas actividades son la muda, el baño, el juego, el sueño y la comida. Lo importante de esta implementación es que considera que muchos de los niños en residencia, manifiestan sus traumas en algunas de estas áreas, es por esto, que la metodología busca aplicar técnicas musicales enfocadas al apego, la felicidad y la seguridad que busquen reparar a través de sus rutinas.

La muda y el baño, es un momento muy significativo para un bebé, porque está asociado a mucho contacto físico e interacción con su piel. Cuando se le muda o baña, no sólo se está estimulando su desarrollo físico y psicomotor, sino que también se está impulsando su desarrollo psicológico y social. Es un momento fundamental de apego. Los lactantes son muy receptivos al contacto físico, ya que es una de sus únicas formas de relacionarse con otros. Es por esto que estos momentos debiesen ser basados en la interacción, donde esta actividad asociada a las necesidades básicas debiese encontrarse con un momento de

interacción emocional entre el niño y el cuidador. Es un momento esencial para generar sanación con el tacto y el cariño. Ambos son momentos en que el cuerpo desnudo del bebé se expone a los estímulos que el cuidador le entregue. Se busca que el niño participe en esta actividad, devolviendo comunicación, de forma que impliquen una actividad entre ambos. Para potenciar la reparación durante la muda, se propuso un mecanismo de estimulación basado en el contacto y la música como masajes cantados.

El momento de juego, para un niño, es donde mejor desarrollan sus habilidades sociales y emocionales. A través de él, pueden aprender a coordinarse, establecer contacto visual, desarrollar el lenguaje mediante cantos y balbuceos, entender secuencias y generar interacciones emocionales con otros. Es esencial que el juego se desarrolle como una actividad que genere al niño entretenimiento y placer. Para él o ella debe ser un momento agradable donde disfruta de hacer, conocer e intercambiar. Se busca potenciar un estado emocional positivo y constructivo. En esta instancia es fundamental que el niño entienda que, en ese momento, tiene libertad de expresarse, descubrir y preguntar. Durante el juego es esencial que el niño sepa que puede investigar, y su cuidador está ahí para entregarle seguridad y fomentarlo a descubrir. Este es el momento de la creatividad, donde el canto se transforma en toda la información disponibles. La voz, en el juego, es la base comunicacional de reconocer distintos objetos o animales. Aquí la expresión debe ser vocal, de descubrir y experimentar. En la metodología se proponen formas de juego que potencias distintas asociaciones positivas.

El sueño, se determinó como uno de los momento de mayor control del estrés. Muchos niños traumatizados, lo manifiesta a través de problemas para dormir. Sus niveles de estrés son altos y les cuesta controlar la energía, la desesperación y la estabilidad. La intervención musical juega un rol fundamental en estos caso. A diferencias de los otros momentos cotidianos, este requiere paz, calma y sensibilidad. Para esto la aplicación musical busca nivelar y estabilizar el nivel energético del niño y llevar a un estado de tranquilidad. En esta propuesta, se utilizan distintas estrategias, según la edad y lo requisitos de sueños, que permitan encontrar un equilibrio en base a cantos y melodías que los hagan asociar el sueño a algo placentero.

La comida suele ser uno de los momentos más complicados con niños institucionalizados. Muchos de ellos manifiestan sus problemas a través de dificultades para comer. En a etapa de lactancia, buscamos tranquilizar a los niños a través de canciones. Es importante que el bebé relacione su comida con algo positivo, donde hay amor y afecto. A los pequeños que ya comen papillas y sólidos, es fundamental desarrollar un ambiente animado y positivo en torno a la comida. Una buena opción para conseguir reacciones positivas es con la recreación creativa. Para esto se usan canciones infantiles que *hablen de comida*. Idealmente el cuidador puede cantárselo antes de comer, con el fin de que el niño asocie la hora de comida y entienda que viene ese momento y active su hambre.

Finalmente, se generó una tabla de separación entre las edades de los niños y las actividades que realizan durante el día. Una de las conclusiones fundamentales de esta tesis tiene que ver con la necesidad que existe de tener rutinas. Los niños necesitan estabilidad, seguridad y reconocer sus actividades, asociadas a un reconocimiento. Es por esto que es necesario que las aplicaciones musicales estén en sus actividades cotidianas. En vez de generarle más carga a los cuidadores, podemos utilizar las rutinas y optimizarlas con música, para lograr fomentar la reparación. Aplicar la metodología tiene variaciones según las capacidades de los niños, en las diferentes etapas de desarrollo. Por eso, se desarrolló un sistema basado en los distintos momentos del día, y cómo podemos hacerlos más sanadores y generadores de apegos saludables.

Muchas de las entrevistas permitieron observar que, de manera natural, las personas utilizan el canto para interactuar con los niños y buscar generar una relación con ellos. Pero esa intervención musical, muchas veces lleva una sensación de ridiculez o complementarias. Si logramos entender que la presencia de la música y sobretodo el canto debiese ser básico y fundamental, al momento de interactuar con los niños, podría utilizar de manera más segura, constante y dirigida. Si esto ocurre, y los consejos se utilizan en la rutina de los niños, se podrán generar cambios importantísimos en el desarrollo de estos pequeños, conllevando a evoluciones radicales en sus niveles psicológicos, emocionales y cognitivos.

7. BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- ACESs Aware (2021). *The Science of ACEs & Toxic Stress*. <https://www.acesaware.org/ace-fundamentals/the-science-of-aces-toxic-stress/>
- Acuña, E. (2018). *La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales*. Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 50.1.
- American Music Therapy Association (2020) - *What is Music Therapy* - <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- Antunes, C. (2016). *Estimulación del cerebro infantil: desde el nacimiento hasta los 3 años*. Madrid, Spain: Narcea Ediciones.
- Ávila de Encío, C. (2018). *La relación de apego y sus posibilidades educativas*. Madrid, Spain: Narcea Ediciones.
- Baker-Henningham, H., Lopez Boo, F. (2010) - *Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A Comprehensive Literature Review* IZA DP No. 5282
- Bellamy, C. (2001). *Estado Mundial de la Infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Benítez, MA., Abrahan, V., Díaz, M., y Justel, Nadia (2017). *Beneficios del entrenamiento musical en el desarrollo infantil: una revisión sistemática*. Laboratorio Interdisciplinario de Neurociencia Cognitiva (Cemsc3-Ecyt-Unsam-Conicet) Revista Internacional De Educación Musical. Argentina
- Bonny, H. & Savary, L. M. (1994). *La música & su mente*. Madrid: Editorial EDAF S.A.
- Bonny, H. (2002). *Music Consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers

- Boyce-Tillman, J. (2003). *La música como medicina del alma*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1979). *The Bowlby-Ainsworth attachment theory*. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638
- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental psychology*, 28(5), 759
- Bruscia, K. (1999). Modelos de improvisación en musicoterapia. Vitoria. Agruparte.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia Método y Prácticas*. México: Editorial Pax
- Capistrán, R. (2016) - *La Educación Musical a Nivel Preescolar: El Caso del Instituto de Educación del Estado de Aguascalientes, México*. Revista Internacional de Educación Musical. Universidad Autónoma de Aguascalientes (México).
- Chagas, R. (2012). *La teoría de la agresividad de Donald W. Winnicott*. Perfiles Educativos. vol. XXXIV, núm. 138. IISUE-UNAM
- Suplemento 2012 | Violencia escolar
- Center on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development (InBrief)*, Universidad de Harvard. www.developingchild.harvard.edu.
- Center on the Developing Child (2007) - *El impacto de la adversidad durante la infancia en el Desarrollo de los niños (InBrief)* - Universidad de Harvard www.developingchild.harvard.edu.
- Center on the Developing Child - (2007) - *Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families* - Universidad de Harvard. www.developingchild.harvard.edu.
- Center on the Developing Child (2008). *El impacto de la adversidad durante la infancia sobre el desarrollo de los niños*. Universidad de Harvard
- www.developingchild.harvard.edu.
- Center on the Developing Child (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families*. Universidad de Harvard
- Center on the Developing Child (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships: Working Paper No. 1*. National Scientific Council on the Developing Child. Universidad de Harvard.

- Cognifit Research. (2020). *¿El entrenamiento cognitivo y la actividad física combinados mejoran las capacidades cognitivas más que cada uno por separado?* <https://www.cognifit.com/es/cognicion>
- Custodio, N., Cano-Campos M. (2017) – *Efectos de la música sobre funciones cognitivas*. Revista de Neuro-psiquiatría.
- Davies, A. & Richards, E. (2002). *Music Therapy and Group Work*. Jessica Kingsley Publishers. Londres
- Del Olmo, MJ. (2009). *Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidado intensivos pediátricos* (Tesis Doctoral, Facultad de Medicina) Universidad Autónoma de Madrid.
- Delgado, A. O., Oliva Delgado, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81
- Díaz, José Luis (2010) - *Música, lenguaje y emoción: una aproximación cerebral* - Scielo, Salud Ment vol.33 no.6 México.
- Feldman, R. (2007). *Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4 (2007), pp 329–354
-
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Flores, Jacqueline M. *Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años*. Revista Ciencia y Tecnología, Perú (UNT, Vol.9 N4/2013.).
- *Fiscalía de Chile, Ministerio Público (2021) – Maltrato infantil* - <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/victimas/jovenes/maltrato-infantil.jsp#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20maltrato%20infantil,%C3%ADsico%20y%20psicol%C3%B3gico%20de%20%C3%A9stos.>
- *Gabarino Héctor (2012). Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia*. Revista uruguaya de psicoanálisis (en línea) (114): 15-26 | 15 issn 1688 – 7247.

- Gallardo, D. (2012). *Musicoterapia y salud mental: prevención, asistencia y rehabilitación*. Buenos Aires, Argentina, Argentina: Ugerman Editor. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecasuc/78906?page=27>.
- Gauna, G. (2015). *Musicoterapia en la infancia*. Tomo I. Editorial Nobuko. <https://elibro.net/es/ereader/bibliougma/77305?page=186>
- Gutiérrez Martínez, F. (2005). *Teorías del desarrollo cognitivo*. McGraw-Hill España.
- Irwin, L., Siddiqi, A., Hertzman C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilibrador (Informe Final)*. –Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Jauset Berrocal, J. A. (2018). *Música y neurociencia: la musicoterapia. Fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Barcelona, Editorial UOC
- Jenkins, JS. MD (1994). *The Mozart effect*. Journal of The Royal Society of Medicine.
- Justel, N., Díaz V.(2012). *Plasticidad Cerebral: Participación Del Entrenamiento Musical*. Suma Psicológica, 19 97-108.
- Lacárcel, J. (2010) - *Psicología de la música y emoción musical*. Universidad de Murcia
- Leon, C. (2007) *Estudio descriptivo, comparativo y relacional del desarrollo infantil integral en una muestra de niños y niñas de diferentes edades, niveles socioeconómicos y regiones de Venezuela*. Revista ORBIS / Ciencias Humanas Año 3 / No 7 /
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*, 4 Ed. Oxford University Press
- Libro Blanco de la Atención Temprana (2000). Grupo de Atención Temprana GAT. Real Patronato sobre Discapacidad. Serie Documentos. Madrid.
- López Roa LM. Neuroplasticity and its implications for rehabilitation. Univ. Salud [Internet] July/Dec. 2012 [Citado 11/08/2017]; 14(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200009

- Lorenzo, A. y Ibarrola, B (2000). *Modelo humanista-transpersonal*. En Betés, M. (Comp.). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid. Ed. Morata. pp. 364-37
- Medina, A. Dr. (2002). *La Estimulación Temprana*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.
- Mejor Niñez (2021). <http://mejorninez.cl/>
- Mercadal-Brotons, M. (2000). *Modelo conductista*. En Betés, M. (Comp.). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid. Ed. Morata. pp. 309-317
- Morrillo, J.M. (2015). *La música en el refuerzo del vínculo entre padres e hijos*. Espacio Humano. Una revista con alma. <https://espaciohumano.com/la-musica-en-el-refuerzo-del-vinculo-entre-padres-e-hijos/>
- Muñoz Marrón, E. (2013). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona, Spain: Editorial UOC.
- NeuronUp (2001). *Marco Teórico: Conceptos Generales*. <https://www.neuronup.com/es/marcoteorico-profesionales-rehabilitacion-estimulacion-cognitiva>.
- Nordoff, P. y Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008) - *Un enfoque de la educación para todos basado en los derechos humanos. Marco para hacer realidad el derecho de los niños a la educación y los derechos en la educación*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2010). *Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación*. Oficina de Educación y Cultura de la Organización de los Estados Americanos (OEA/SEDI/DDHEC/OEC).
- Organización Mundial de la Salud OMS (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2020). *Maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Ovejero, M. (2013) - *Desarrollo cognitivo y motor*. Macmillan Profesional

- Palacios, JI. (2001) - *El Concepto de Musicoterapia a través de la Historia* - Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, núm. 42, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España
- Perinat, A. (2015). *Primera Infancia*. UOC
- POCH, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios, Ed. Herder
- Policía de Investigaciones de Chile (2018) - *Análisis Del Funcionamiento Residencial En Centros Dependientes Del Servicio Nacional De Menores*
- Pope, J., Romito, K., Pellegrino, L., Kim, Susan (2020). *Etapas del crecimiento y el desarrollo*. Healthwise. Recuperado de <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/etapas-del-crecimiento-y-el-desarrollo-abo8756>
- Prieto Saborit, J. A. (2012). *Estimulación temprana y psicomotricidad*. Wanceulen Editorial.
- Quicios, B., (2018). *Etapas de la Infancia. Evolución del niño en la primera infancia*. Guía Infantil. Recuperado de <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/aprendizaje/etapas-de-la-infancia-evolucion-del-nino-en-la-primera-infancia/>
- Rafael Linares, Aurelia (2008). *Teorías de Desarrollo Cognitivo*. Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. Universidad Autónoma de Barcelona
- Rauscher, F. (2003) - *Can Music Instruction Affect Children's Cognitive Development?* - ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education Champaign IL.
- Ruth Feldman Lab (2019). <https://ruthfeldmanlab.com/research/>
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Editorial Gedisa.
- Schwartz, E. (2008). *Music, Therapy, and Early Childhood: A Developmental Approach*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Scott C. Litin, M.D. (2018). *Mayo Clinic Family Health Book, Fifth Edition*. Mayo Clinic Press. New York.

- Saldías A., Paula, & Lora, María Elena. (2006). *Síntoma conversivo en la histeria*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA, 4(2), 68-83. Recuperado en 18 de septiembre de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612006000200005&lng=es&tlng=es.
- Servicio Nacional de Menores (Sename) (2021). www.sename.cl
- SENAME, Departamento de Planificación y Control de Gestión (2021). *Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME*
- Sepúlveda, Guzmán (2019). *El brutal informe de la PDI sobre abusos en el Sename que permaneció oculto desde diciembre*. CIPER.
- Shonkoff, J., y Phillips, D. (2000) – *From Neurons to neighborhoods: Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth, and Families.
- Stanborough, R., Joy, MFA, Medically reviewed by Karen Gill, M.D. (2019) - *Ages and Stages: How to Monitor Child Development*. <https://www.healthline.com/health/childrens-health/stages-of-child-development>
- Sociedad de Etnomusicología (2014) - *Cuadernos de Etnomusicología N°1*, ISSN: 2014-4660
- Suárez Yepes, N., Quiroz Molinares, N., Monachello Fuentes, F. M., & De Los Reyes Aragón, C. J. (2016). *Rehabilitación Neuropsicológica Infantil: De La Teoría a La Práctica Clínica*. Archivos de Medicina (1657-320X), 16(2), 455–466. <https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.30554/archmed.16.2.1732.2016>
- Tkach. C (2009). *El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta la actualidad*. XII Jornada de Clínica de Niños y Adolescentes. "Lo traumático: sus derivaciones psicopatológicas, sus especificidades clínicas". Secretaría de Extensión. Facultad de Psicología, UBA.
- Torres, D. (2019). *Musicoterapia y primera infancia: aportes al desarrollo socioafectivo, una mirada desde la práctica en ksi-kids*. Psicólogo y Magíster en Musicoterapia

- UNICEF (s.f). *Baby music: The soundtrack to your child's development*.
<https://www.unicef.org/parenting/child-development/baby-music-soundtrack-to-development>
- UNIR Revista (2020) - *Estimulación temprana: qué es y cuáles son sus ventajas*.
- Vaillancourt, G (2009). *Música y Musicoterapia, su importancia en el desarrollo infantil*. Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid.
- Vannay, V. (2014). *Musicoterapia en personas con fibromialgia*. Zamora. La casita de la Paz
- Vázquez Navarrete, M. L. Ferreira da Silva, M. R. y Mogollón Pérez, A. S. (2011). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación en salud*. Programa Editorial Universidad del Valle.
- Vanegas Osorio, J. y Castrillón Osorio, L. (2014). *Vivencia relacional y reparación psicológica de los niños institucionalizados*. Revista de Investigaciones UCM, 14(23), 66-77
- Winnicott, Donald (1981). *La agresión en relación con el desarrollo emocional*. Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona.

8. ANEXOS

8.1 Pautas entrevistas

8.1.1 Psicólogos

1. ¿Cuál es tu profesión y especialidad?
2. ¿Cuál es tu experiencia con niños entre 0 y 3 años?
3. ¿Cuáles son los efectos traumáticos que puede sufrir un niño entre 0 y 3 años?
4. ¿Existe una relación entre el desarrollo cognitivo, el trauma y el apego?
5. ¿Cuáles son las principales consecuencias/traumas/efectos que sufren los niños (entre 0 y 3 años) que experimentan negligencia o son víctimas de abuso y/o violencia?
6. ¿Qué efectos tienen en el largo plazo?
7. ¿Cuál es la importancia del apego y el rol que cumple en el desarrollo futuro de un niño?
8. ¿Cuáles son las principales consecuencias/traumas/efectos que sufren los niños (0 y 3 años) que no experimentan un apego saludable con sus padres/cuidadores?
9. ¿Qué efectos tienen en el largo plazo?
10. ¿Cuáles son las principales terapias que se utilizan con niños que han sufrido estas realidades?

11. ¿Tienes o conoces alguna experiencia en torno a la musicoterapia en niños?
12. ¿Cuáles son los efectos comprobados de la musicoterapia en relación a la reparación y rehabilitación psicológica, cognitiva y de salud física y mental?
13. ¿Existen características asociadas a la voz que puedan crear cambios en el desarrollo de los niños?

8.1.2. Voluntarias

1. ¿A qué te dedicas?
2. ¿Cuál es tu experiencia con niños en residencias del Sename?
3. ¿Cuál es tu experiencia con niños entre 0 y 3 años?
4. ¿En qué situación o estado llegan los niños a las residencias?
5. ¿Cómo ves las posibilidades, de las residencias, de entregarle a los niños la atención específica que cada uno necesita?
6. ¿Cómo ves tú la evolución de los niños al momento de llegar a una residencia, con el pasar del tiempo?
7. ¿Qué métodos de apego has utilizado? ¿Fueron paulatinos? ¿Cómo fueron recibidos por el niño?
8. Bajo tu apreciación, ¿En qué estado cognitivo llegan los niños?
9. ¿Qué métodos de desarrollo cognitivo utilizaste? ¿Fueron paulatinos? ¿Cómo fueron recibidos por el niño?
10. ¿Tuvieron apoyo psicológico?
11. ¿Existe algún mecanismo de estimulación cognitiva en las residencias?
12. ¿Es suficiente? ¿Hay mejoras?
13. ¿Has tenido experiencia utilizando musicoterapia?
14. ¿Tienes alguna experiencia en el uso de tu voz, que haya generado algún impacto en los niños?

15. ¿Qué posibilidades existen de implementar un trabajo de musicoterapia en las residencias?

8.1.3. Musicoterapeuta

1. ¿Cuál es tu profesión y/u oficio y/o especialidad?
2. ¿Cuál ha sido tu experiencia con la musicoterapia?
3. ¿Cuál es tu experiencia con niños entre 0 y 3 años?
4. ¿Cuáles son los principales casos que tratas con niños?
5. ¿Qué relación has visto entre la musicoterapia y el desarrollo cognitivo?
6. ¿Cómo se enfrenta, desde la musicoterapia, a niños (entre 0 y 3 años) que han no han recibido una estimulación cognitiva suficiente o tienen algún retraso en esta área?
7. ¿Qué relación has visto entre la musicoterapia y el trauma?
8. ¿Cómo se enfrenta, desde la musicoterapia, a niños (entre 0 y 3 años) que han sufrido negligencia o son víctimas de abuso y/o violencia?
9. ¿Qué relación has visto entre la musicoterapia y el apego?
10. ¿Cómo se enfrenta, desde la musicoterapia, a niños (entre 0 y 3 años) que no han experimentado apego con sus familias nucleares o cuidadores?
11. ¿Qué relación has visto entre la musicoterapia y la reparación?
12. ¿Qué efectos tienen en el largo plazo?
13. ¿Qué tan relevante consideras que es aplicar la musicoterapia en niños que pertenecen a la red del Sename? ¿Por qué?
14. ¿Cómo se podría implementar un primer paso de musicoterapia en residencias?
15. ¿Cuáles son los principales elementos de la voz que se pueden usar para crear terapias?
16. Siendo que la voz es un instrumento con el que contamos todos, ¿crees que es posible capacitar e implementar a los profesionales de las residencias con herramientas de musicoterapia basada en el canto?

8.2 Consentimientos informados

Consentimiento E1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente comunico que Mara Sedini Viancos RUT: 16.095.568-6 de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, está realizando la investigación (EFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME) para el curso Seminario de Grado II adscrito al Programa Especial de Licenciatura en Artes, con el docente Hugo Osorio Riveros, Rut: 9.910.876-2.

A través de esta soy consciente que participaré de una entrevista que será grabada, mediante (Zoom) para obtener resultados que serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Poseo el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación, además sí así lo requiero, puedo acceder a los resultados de la investigación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

Firma Entrevistado

Firma Investigador/a

Consentimiento E2



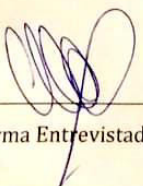
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente comunico que Mara Sedini Viancos RUT: 16.095.568-6 de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, está realizando la investigación (**EFFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME**) para el curso Seminario de Grado II adscrito al Programa Especial de Licenciatura en Artes, con el docente Hugo Osorio Riveros, Rut: 9.910.876-2.


A través de esta soy consciente que participaré de una entrevista que será grabada, mediante (**Zoom**) para obtener resultados que serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Poseo el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación, además si así lo requiero, puedo acceder a los resultados de la investigación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.



Firma Entrevistado



Firma Investigador/a

Consentimiento E3



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente comunico que Mara Sedini Viancos RUT: 16.095.568-6 de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, está realizando la investigación (EFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME) para el curso Seminario de Grado II adscrito al Programa Especial de Licenciatura en Artes, con el docente Hugo Osorio Riveros, Rut: 9.910.876-2.

A través de esta soy consciente que participaré de una entrevista que será grabada, mediante (**Zoom**) para obtener resultados que serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Poseo el conocimiento de que nunca será identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación, además si así lo requiero, puedo acceder a los resultados de la investigación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.


Firma Entrevistado
Cristina Solar G.

Firma Investigador/a

Consntimiento E4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente comunico que Mara Sedini Viancos RUT: 16.095.568-6 de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, está realizando la investigación (EFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME) para el curso Seminario de Grado II adscrito al Programa Especial de Licenciatura en Artes, con el docente Hugo Osorio Riveros, Rut: 9.910.876-2.

A través de esta soy consciente que participaré de una entrevista que será grabada, mediante (*Zoom*) para obtener resultados que serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Poseo el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación, además sí así lo requiero, puedo acceder a los resultados de la investigación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

Firma Entrevistado

Firma Investigador/a

Consentimiento E5

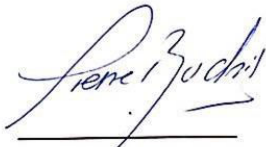
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente comunico que Mara Sedini Viancos RUT: 16.095.568-6 de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, está realizando la investigación **(EFECTOS DEL CANTO, COMO TERAPIA ALTERNATIVA, EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 3 AÑOS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DE PROTECCION PARA LACTANTES Y PRE- ESCOLARES CON PROGRAMA ADOSADO DE INTERVENCION RESIDENCIAL (RLP-PER) DEL SENAME)** para el curso Seminario de Grado II adscrito al Programa Especial de Licenciatura en Artes, con el docente Hugo Osorio Riveros, Rut: 9.910.876-2.

A través de esta soy consciente que participaré de una entrevista que será grabada, mediante **(Zoom)** para obtener resultados que serán utilizados solo para fines de investigación académica.

Poseo el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación, además si así lo requiero, puedo acceder a los resultados de la investigación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.



Firma Entrevistado



Firma Investigador/a

8.3 Entrevistas

8.3.6 Entrevistado 1 (E1)

Los niños en el Sename, están en esa situación porque han sufrido algún tipo de violencia, abuso, negligencia o abandono. ¿Cuál es el impacto psicológico que tiene esto en niños a esa edad?

Ya mira por allá, ahí ya. Buena pregunta, espérate, déjame. Y mira, por lo general estos traumas, los apego inseguro o estos apegos que no sucedieron o que tuvieron, en algunos casos la suerte de ser adoptados. Por ejemplo, que a mí me ha tocado trabajar con niños adoptados y que generan depresiones en la adolescencia. Que crecen como niños normales, juguetones y alegres, pero en la adolescencia empiezan todo este cuestionamiento cuando aparece el cuestionamiento de la identidad de mi origen ¿quién soy? ¿Por qué me dieron en adopción? Y eso se traduce por lo general en una muy baja autoestima, en una inseguridad tremenda, en crisis de pánico, en ansiedad y muchas veces en consumo problemático de alguna sustancia, pues el alcohol puede ser tabaco, puede ser una mezcla de todo, cachái. Por lo general esas cosas aparecen: depresión y ansiedad. Es súper común, súper como porque muchas veces también los papás que adoptan tienen conflicto, cachai? Y esto también. Muchos chicos, independiente que haya sido adoptados y digan sí, él es mi papá. Pero también se les, se le produce el conflicto, por ejemplo, desde el otro lado: “Yo no quiero conocer a mi papá porque mi hermana, que también es adoptada, quiere conocer a sus papás biológicos y yo no sé porque ella debería”, etcétera. Hay muchas cosas y ahí empiezan a jugar también los sistemas familiares, cierto? Cómo reaccionan los padres no biológicos, los padres adoptivos, entonces siempre esta cuestión tiene que ser abordada no solamente desde el individuo, sino que desde la familia completa, o por lo menos involucrar a los papás en el proceso terapéutico. Cachái? Porque lo que está dañado ahí el vínculo, el vínculo padre-madre atrás y pero tiene sustituto, no todos, porque también sabemos que el niño del Sename sí está hablando de 0 a 3, algunos permanecen sí y algunos que han pa siempre y algunos son adoptados entre los seres los uno. Por ende no hay como mucha memoria de eso y otros son adoptados más grande, cachái? Etc. Entonces también es diferente porque un niño que estuvo 3 años en el Sename a un niño que estuvo 6 meses. Se produce esto también de vivir en un hogar, de no tener tampoco una figura sólida de apego,

porque a veces tienen un tío o dos tías, pero a lo mejor ese tío ya se va a otra facilidad, a otra residencia, o incluso a veces él mismo tío lo abusaba, que sabemos que sucede también en este país, cachái? Con todo lo que se habló hace un par de años, de toda la cagada que había, ¡perdón! De esas cosas que estaban pasando en el Sename, cachai? Entonces hay muchos factores, pero por lo general eso es lo que yo veo.

Entonces, qué pasa si nosotros estamos trabajando en edad temprana con la musicoterapia, estos elementos no van a aparecer todavía. Tú lo que vas a ver, por ejemplo, son conductas más, por así decirlo, más visceral en el niño, como más reflejas: mal comportamiento, retraso en el control de esfínteres, retraso en el desarrollo del lenguaje, desconfianza de las personas nuevas, desconfianza del entorno, cachai? Y eso también, obviamente, sumado al factor de estar institucionalizado, porque no es lo mismo un niño que crece en la casa a un niño que crece en el Sename. Incluso el niño que crecen, a lo mejor, en un ambiente vulnerable. Incluso hay niños que si tú lo tienes de cero a tres años, a lo mejor ese niño no llegó a los cero o a los tres o a los dos, pues estuvo dos años también con los padres, pero también han abusado o sufrió negligencia, anda a saber. Entonces son muchos los factores, son demasiado. Entonces esto también es caso a caso. Y cada caso caso tú tienes que definir objetivo para ver el trabajo, musicoterapéutico, cachai cuál es? Qué es lo primero que quiero trabajar con este niño? Porque a lo mejor el síntoma más visible de un niño puede ser el retraso en el lenguaje. El otro puede ser control de esfínteres, retraso también otro puede ser retraso cognitivo, otro puede ser inseguridad, mucha inseguridad. Niños que pasan escondidos, que no hablan con nadie, etc. Si hay mutismo selectivo, no es que no sepan hablar, sino que hablan pero no quieren, cachai? Primero, el objetivo, qué es lo que quiero hacer?

Pero cómo, por ejemplo, vámonos a lo cognitivo. Cuando tienes niños tan chiquititos y tú entiendes que no están siendo estimulados y en el fondo, queridos y apegados como un niño en un hogar estable. Entonces, cuando tu ves esta situación, con niños muy chiquititos. ¿Cuáles son las consecuencias de que los niños no tengan la estimulación correcta? Y segundo, como ¿cómo a través de la musicoterapia podemos ayudar a estimulación de niños tan chiquititos? Porque lo que pasa es que la gente dice con

niños tan chicos no sé qué hacer. O sea, quizás muchas cosas están como las hace la gente, pero la guagua, la guagua está ahí en la guagua. No le dice si no fue al revés. En la etapa donde más neuronas desarrollan murio según lo que tú les haga y como lo miréis, como les habléis, como le. O sea, la vibración de tu cuerpo ya genera un tema de apego a ellos. A que les canté canciones de cuna. Se ayude a mi sobrina que tiene 7 meses, mi hermano le canta y se le ilumina los ojos de una manera, pero si es el amor.

Por ejemplo Mara se hace con un prematuro. Chicos que nacen prematuros están en incubadora. Por ejemplo se trabaja con los papás en el vínculo, en la musicoterapia, por lo menos a través de canciones o el arrullo y se ocupan los latidos del del niño. Se trata de sincronizar un poco eso súper bonito, pero llevémoslo a lo cognitivo de estimulación temprana en chicos en situación de abandono o institucionalizado y. Entonces, qué es lo que pasa. Ahí te dije hartas cosas, al principio puede haber cierto desarrollo motor, desarrollo del lenguaje, desarrollos, etc. todas esas cosas. Ahora, cómo lo trabajado? Primero ya. Por ejemplo, yo quiero trabajar lenguaje. Nosotros sabemos que los niños aprenden de manera silábica lenguaje. A qué me refiero con esto? Las primeras palabras que aprenden los niños son las sílabas mamá, papá, tata Tete, Gato Wow, cachái? Entonces, por ejemplo, una forma de estimular es eso y eso se puede trabajar con ritmo y lenguaje, le vamos a empezar a trabajar. Siempre es bueno hablarle a los niños, cantar a los niños, pero por ejemplo, si un niño es muy chiquitito, cantarle cosas sencillas, canciones cortitas, canciones que tengan una estructura simple estrellita, cachai? A ruru, cosas muy sencillas porque ellos están preparados para eso. Por lo general las canciones infantiles tienen tónica cuarto y quinto como acordes y es to do fa sol por lo general entre todas o cierto. Uno, cuatro, cinco. Todo eso también habla de la simpleza, porque un niño pequeñito tiene un lenguaje y un cerebro mucho más concreto. No así, un niño más grande o un adolescente donde ya empieza a tener este pensamiento cierto, más crítico. Y por eso en la adolescencia aparecen las depresiones y no aparecen mucho en la etapa infantil. En la etapa infantil es siempre ahí. Es muy difícil diagnosticar, pero tú puedes observar conducta. La disrupción, las crisis que hacen los niños a veces.

Yo tengo una chiquitita de tres años y ella está en un caso similar, pero ella no está en Sename. Ella vivió violencia entre papá y la mamá. La mamá apuñaló al papá delante de la niña. Y el papá siguió con la mamá, pero la niña se la llevó la abuela. Entonces esta chiquitita llega a mi consulta primero detrás de la abuela. Cachái, no quería entrar. Partimos que entró la abuela. La abuela siempre está la sesiones ahora. Pero ella ahora me pide, ella ahora me saluda. Hola, Pepe. No hablaba al principio. Ahí la abuela me dice Ya, pero oye, está bien que todavía no haga pipí, que todavía use pañal. Le digo Bueno, tiene 3 años. Pero tiene un trauma. Entonces, obviamente, si elige, ya lo va a controlar. Pero también tienes que entender el contexto. Entonces, ¿cuál es el trabajo con esta chiquitita? Primero que nada, que ella pueda sacar la liberación emocional, que pueda liberar estas frustraciones, que pueda liberar estos miedos y una forma, la primera forma cuando ella entra a la consulta. Entonces yo la recibo con una canción, y le incorporé el nombre en esa canción. “Alexa hola Alexa, como estás”, que sé yo. Y de a poco la Alexa fue entrando y claro y encuentra la batería, agarra un par de tambores, y ella parte con una cuestión súper estruendosa. Porque ella necesita votar esa, ansiedad, cierto, esa frustración, esa pena. O sea, hay poca comunicación, pero hay interacción y eso después se va regulando. Pero este es un caso, uno a uno, por ejemplo. Ahora con la Alexa tenemos comunicación, donde ella me pide cosas a mí, donde ya tenemos juegos estables. Pero eso va sucediendo también en la terapia misma. Yo no puedo llegar con el recetario, porque todos los niños son diferente y todos los niños reaccionan distinto a la música. No puedo ocupar la misma música para todos. Si bien hay algunas que son estándar, como que ayudan las canciones de despedida, de salud, etcétera. Pero entremedio, si yo tengo un ejercicio rítmico y el niño no está ni ahí con la percusión, tengo que lograr, lo que me dice tú, que hermano le canta a tu sobrina y se iluminan los ojos, pero si le cantarás otra cuestión quizás y no le importa. Entonces también hay que saber quién es la persona que tengo al frente, aunque sea un niño, cachai. Cómo su entorno de ruido e incluso en el Sename escucha más música, se les estimula musicalmente, ocupan canciones en su rutina. Todo eso, eso por una parte. Por otro lado, también puedes trabajar la motricidad al estimular, por ejemplo, con instrumentos de percusión grueso, grande, bongó. Canciones super rítmica Estrellita, dónde estás? Y después de vas disociando con las dos manos, primero con las dos juntas. Los chicos tienen esta capacidad de imitar las neuronas espejo, cierto? Todos los niños tienen eso. Entonces,

si tú lo logras enganchar musicalmente, él va a responder. Siempre tienes que buscar una respuesta. Entonces, si tú quieres buscar una respuesta, por ejemplo motora, estimulado de lo motor pero desde algo sencillo, un tambor con una canción, huevito le gusta mucho a los niños. Pandero, cachai? Algo simple y tú tocas con una guitarra, por ejemplo, o incluso con la voz, porque tú puedes, tú que eres cantante, cierto? Y con un tambor estrellita, dónde estás? Y dejar que el niño responda. Por ejemplo, puedo hacer que no cachar un etc. Eso lo hacíamos mucho, no con los chicos prematuros me acuerdo. trabajé un par de meses, medio año, también funciona con los lactante.

Este tema rítmico, ¿también funciona con los lactantes?

Un niños de seis meses también puede agarrar un huevito y puede hacer esto (aplaude con las manos).

Si yo trabajaba con un chiquitito down. Con el Emilio partí guagua, antes del año. Y a los ocho meses ya podía agarrar dos palitos y hacer así en un instrumento que le encanta hasta el día de hoy, cachai? Entonces sí se puede, porque ya trabajas esto, el agarre. Después puedes ir al piano y que usen los deditos con las teclas blanca, cachai? Estimula aunque le peguen, no importa, puede llevar un teclado chiquitito. Así cada niño responde a cosas distinta. Y tienes que buscar qué es lo que lo motiva más. Hay niños que responden más a ciertas con percusiones, niños que responden más a los instrumentos como el piano. Hay niños que, por ejemplo, responden a la cortina primero a las maraquita, cierto, etc. Entonces hay que tener un set, hay que presentarle al niño lo que primero lo que le guste.

En relación al apego desde el punto de vista de la psicología primero, después de la musicoterapia. ¿Cuál es la relevancia del apego en los primero años de vida?

Todo, todo, todo, todo el apego define cómo nosotros nos relacionamos en nuestras relaciones adultas. Si yo tengo un apego inseguro, por lo general me voy a envolver en relaciones, sobre todo las relaciones significativas de pareja o de amistad, ya en relaciones que me demuestren que yo soy una persona valiosa, por ejemplo.

Por otro lado, si yo aprendo desde el abandono, por ejemplo, desde que a mí me abandonaron, y esto es muy típico en los chicos adoptados, sobre todo los que transitan en el espectro limítrofe de la personalidad. Lo que pasa ahí es que estos chicos juegan mucho con el con la ficción del abandono, vale decir, por ejemplo, yo tenía una chica de 18 años que era consumidora habitual de tubos y cosas así. Estaba en un programa en El Salvador. Ella ama a su mamá adoptiva. La mamá de ella se la fue a dejar a la mamá adoptiva para que la cuidara un rato y luego no volvió más. Después, la chica se fue a vivir, a los 13 años, donde sus papás biológico: fue abusada, la trataron como el hoyo. La mamá es drogadicta, etc. Vuelve donde la Carmen y ahora desde los 16 es súper promiscua y con muchas crisis. En esas crisis juega a desaparecerse un fin de semana. La mamá no sabe dónde está, pero siempre vuelve. Y siempre vuelve y mamá, te amo. Entonces juegan con esto, con el: Yo voy a jugar aquí, te voy a abandonar a la mamá. Ponen tan a prueba eso que se van al chanco, por así decirlo. Con este abandono, con esta desaparición, entonces ponen a prueba el amor desde ahí. Entonces, si ella vuelve y la mamá la recibe con un abrazo y preocupación a mi quiere, quiere, es una 0, es un pseudo abandono. Pero yo me abandono, yo hago como que tú me estás abandonando. Me voy y entonces vuelvo, a ver si tú todavía me quieren. Es súper extremo, súper extremo. Sí, y esto siempre se ve en las edades después de los 14, 15

No solo se ve en niños institucionalizados. Tengo una niña de 15 que el papa brilla por su ausencia en el sentido de que no supo del papa, se fue como cuando ya tenía dos años y de ahí para adelante la veía tarde, mal y nunca, o de la nada la dejaba pagando, no sé por la niña. Le preguntaba algo nos vamos a ver? Y el papá le dejaba el visto y le responde dos semanas después, cachai? Esta chica también una sensación de inseguridad tremenda, una autoestima ultra baja. Entonces ella tiene un pololo que le hace lo mismo que el Papa. Y perpetúan esas relaciones tóxica. Porque ella cree en la fantasía, que él le va a devolver la imagen que el papá no le dio, pero es una persona que es igual a papa, no es una persona mala, pero generan estas relaciones que son tremendamente complicadas. Cachai? Te quiero, te amo y además su valía completa depende del otro. Y ella me lo dijo y él me ama, yo me amo. Si no me ama, no me amo. Entonces cuando hay pelea con el pololo, las crisis

de esta niña son tremendas, cachai? Entonces eso es el lado psicológico. Entonces de la musicoterapia hay muchas formas, pero volvamos a los cero, los tres de nuevo. Entonces lo que te decía yo si quiere. Ya no fuimos lo emocional, pero en lo cognitivo depende del objetivo, cachai? Si quiero trabaja el lenguaje, parte desde oraciones simples y cuando el niño ya empieza a balbucear, empieza a primero separar sílabas o hablar primero con vocales amarillo: aa i o, los niños parten con vocales. Yo trabajé con un chiquitito, que a los tres años no tenía lenguaje propio. Y empezamos a trabajar con vocales y conjunto con la fonoaudióloga. Hoy día ya habla. Pero fue así: aa i o a u. Y eso con música se hace mucho más entretenido, porque la música tiene esta cosa de generar una memoria a corto plazo mucho más rápida y lo puedes ocupar con canciones. (Canta estrellita con las vocales) Ee ia oe aa. Deja la respuesta al niño e o e y. Después le vas incorporando pequeña o con mamá míma mamá, papá, pipi cachái, tata, titi, tata, fa, fa, fifí, gata, eso, cositas así. Bien, no hay que pensar en grande, si está desarrollando a un bebé, tienen que pensar que son pasito a pasito, más un bebé o un niño que tiene un trauma de abandono y es abandono puede implicar muchas cosas. Porque un niño golpeado o abusado de bebé tiene una desconfianza al mundo desde la base. Entonces ya incluso a lo mejor hacer la terapia con él va a ser difícil porque no va a confiar. Cachái? Pero la música tiene eso de que es lúdico. Entonces eso es lo bonito o eso es nuestra en nuestro plus, por así decirlo, porque como tiene este componente lúdico. De una u otra forma, los niños van generando esa confianza, porque la música, a diferencia, por ejemplo, de una terapia de habla, es un espacio seguro que qué daño te puede hacer una canción, etc. En cambio, si llega a un lugar donde le dicen juego, pero hay alguien mirándolo, es distinto a que si alguien que está tocando c y cantando con él, donde la interacción ocurre con el otro, cachai? Cuando un psicólogo infantil observa en el juego, también se involucra en el juego. Pero más que involucrarse tanto, pregunta. El se pregunta qué es lo que está pasando en el juego, pero no se involucra tanto en el juego, no participa tanto de él. En cambio en la música, yo hago música con el niño. Entonces el niño es igual de protagonista que yo y eso genera un vínculo diferente. Ahí donde yo puedo llegar de manera mucho más directa, no darne tanta vuelta. Por eso la música a veces funciona con los chiquititos mejor que otras cosa.

¿Cómo ves tú como posibilidad o como alternativa el involucrar la musicoterapia en la residencia con niños?

Y ahí tenemos un sólo problema. Recursos. Porque yo, que he trabajado musicoterapia en todos los niveles: privado, independiente y público, no hay plata,. Y ¿cuál es el problema ahí? El problema está en que la musicoterapia todavía no es reconocida como una terapia que pueda caer dentro de los reembolsos o que pueda caer dentro de los programas de salud, a grandes rasgos como terapia complementaria. Por lo general, muchos de los programas de musicoterapia se pagan con Fondart, se pagan con Chile Crece, se pagan con un montón de cosas alternativas, y por lo general entonces los sueldos tampoco son tan altos y ahí muchas veces la gente se va por lo mismo. Entonces ese es el problema, más allá del problema de aplicarlos. Ojalá. Sería increíble que se pudiera hacer eso con niños chiquititos que pudieran trabajar en grupo. Por ejemplo, en grupos chiquititos, en grupos de a seis que tengan por ejemplo, de 0 a 3 meses. O después de 3 a 6 de tarde. Ojalá que separados por rango etario o por niveles de desarrollo similares. Porque puedo tener un niño de 6 meses que esté hablando igual que uno de un año, pero me funcionan dentro de un grupo porque el objetivo va a ser el mismo.

El tema para estos chicos de trabajarlo de manera grupal. Ayuda un montón. Por qué, por ejemplo, tengo seis niños. Yo le puedo dar un instrumento a cada uno. Puedo hacer que tengan turnos. Puedo hacer que escuchen al otro. Puedo usar un instrumento y que se los vayan pasando. Y voy desarrollando el trabajo de la ansiedad y respeto por el otro. Aprender a escucharse porque por lo general siempre te llega un niño que no quiere nada, pero después que tocaron todo, él va a querer todo, eso es ley.

Entonces, si yo escucho a otro niño que está diciendo a lo mejor a mí también me van a, me va a estimular a decir ah, o a cantar o aplaudir hoy por conducta imitativa, porque es divertido, porque todos lo están pasando bien. Se fija entonces ojalá se pudiera hacer en el Sename.

¿Con qué frecuencia?

Por lo menos 2 sesiones a la semana para cada grupo. Una horita con un niño chico son entre media hora y 45 máximo. No nos va a resultar una sesión de una hora para un niño de 0 años. Un niño de 3 años, puede durar 40 minutos.

Oye, y ¿elementos de la musicoterapia? No pensemos en llevar cientos de musicoterapeutas, pero ciertos elementos de la musicoterapia que se pudieran impartir a cuidadores, a padres adoptivos, a familias de acogida, por ejemplo,

Ahí tenemos que separar. Porque tendríamos que pensar que todos los cuidadores, papás y eso deberían saber música para el instrumento.

Pensemos la voz, por ejemplo,

La voz en el desarrollo vocal, por ejemplo, hacer una guía de canciones melódicamente conocidas que puedan conocer todos cumpleaños feliz, estrellita, mariposita, que se yo, las manitos, un cancionero, pero ese cancionero separarlo por sílabas, por ejemplo, y hacer una guía de trabajo. Primero canta usted, la primera cante la completa, después cante usted la primera parte y el niño responda con la segunda. Si son niños de tal a tal edad, por ejemplo de cero a un año y tienen poco lenguaje, trabaje principalmente las vocales, después trabaje con sílabas mamá, mamá, mamá, etc. Después trabaje con la palabra depende el nivel, por ejemplo, cosas así, pero porque también muchos de esto también tiene que ver con capacidad de cómo yo conecto con el niño y muchas veces esto tiene un elemento improvisado. Hay por lo menos donde yo lo hago desde ver por ejemplo incorporar si el niño, yo estoy tocando una canción y el niño hace “ah”, yo lo incorporo a la música. Porque me está respondiendo. Eso por una parte, pero por ejemplo, cancioneros. Y a lo mejor canciones que tengan una letra que tenga un mensaje, que pueda ser parte de del objetivo que quiero trabajar. Etc..

Según tu experiencia, ¿Cómo son los resultados de la musicoterapia en la reparación?

Ya depende, porque si yo trabajo con un niño dos meses, de un u otro modo no haría nada. A lo más lo voy a ver estimulado un poquito. Pero si logra hacer un proceso donde puedo desarrollar los objetivos que me propuse, puede ser un alto impacto, porque qué es lo que pasa? Por ejemplo, un niño chiquitito en el que se siente incorporado en una actividad, donde hay un otro, donde hay otros, obviamente va a tener una autoestima mejor. Porque se va a sentir parte de. Por ende, también va a poder desarrollar ciertas cosas de apego, cierta seguridad en sí mismo. Y por otro lado, también va a poder, a lo mejor pegarle fuerte un tambor, botar su rabia, botar su pena, manejar sus frustraciones, que es lo que me hace esta chiquitita. Pero ya me escucha y me sigue el ritmo y a veces yo le bajo el volumen y me lo baja, etc. Si entonces partimos desde lo visceral que es tocar fuerte, pero yo no le puedo decir que no toque fuerte. Podemos ir desde lo fuerte y vamos a lo a lo bajito. ¿Y por qué? Porque yo estoy validando su emoción. Si le digo no, no, no, toca despacio, lo perdí porque estoy invalidando lo que él trae. Entonces, si yo voy validando lo que cada niño tiene, hay una descarga emocional y por ende hay un desbloqueo emocional.

Y ese muchas veces todos estos síntomas asociado al trauma y abandono, tienen de base un bloqueo emocional. Si yo desbloqueo ahí, las otras cosas salen solas. Por lo general, si yo logro que el chico gane autoestima, si yo logré que el chico gane en interacción con los demás, si yo logro que el chico a lo mejor pueda empezar a respetar reglas sociales, etc, etc. o incluso el hecho de que ya empieza a poder hablar, eso le va a dar una seguridad al niño de poder transmitir lo que él quiere. Pero siempre es caso a caso. No hay recetas, pero sí hay resultados.

Pero claro, el fondo es que los resultados que se podrían ver, si aplicáramos este tipo de terapias a los procesos, serían de cambios importantes.

Súper, pero mucho, porque la música es un canal de expresión emocional. O sea nosotros escuchamos música ¿para qué? Cuando estamos tristes, cuando estamos alegres para bailar, para relajar o para todo. La música puede ayudarte a transitar por todos los estados emocionales y por ende te puede ayudar a ver tu estado emocional. Es que muchas veces ni siquiera los mismos niños saben por qué están tan enojado, porque nunca han podido

demostrarlo. Porque hoy en día, en una sociedad adulto céntrica, si un niño está llorando, este cabro ya castigado. Y nunca te preguntaste por qué el niño está llorando? Porque el niño hace pataleta, porque el niño es mañoso, porque el niño no quiere comer, que no come, deja que coma, pues si tiene que comer el niño se hizo pichi, y la mamá le dice como te ocurre hacerte pichi eres cochino- ¿O no? Y hay todo un cuento detrás

La vibración. Cuando tenemos guaguitas, por ejemplo, en todo lo que tiene que ver con el canto, el arruyo, lo que puede conllevar el canto una vibración específica del cuerpo, cómo puede ser un trabajo positivo sin saber por qué?

Pero más que la vibración tiene que ver con un vínculo. Por ejemplo, si yo tengo un niño acá y le estoy cantando, ojalá mirarlo ya y tratar de establecer contacto visual. Eso le da seguridad al niño. Si lo pongo para atrás no es lo mismo. La vibración del pecho, si yo canto y hago mmmmmm. Obviamente tiene un efecto. Yo no manejo mucho el tema de las vibraciones, estaría mintiendo, pero hay un efecto. Cuando yo toco una guitarra a mi me gusta sentir la vibración de la guitarra, mi cuerpo se ve rico, se siente. Cuando toco batería lo mismo, siento cuando le pego en el palo y eso me devuelve algo a mí también lo hace un niño chiquitito, obvio, incluso instrumentos que tengan vibración por sí misma. Tu le puedes poner la mano en el instrumento y hacer que toque y sienta las vibraciones y tú cántala, a lo mejor es la misma nota, eso lo le puede llamar la atención, puede establecer contacto visual, etc.

Entonces sí y pero también está el tema del contacto visual y por otro lado el tema de la piel. Pues si somos seres sensibles, sí. Si yo le canto y le estoy dando un regalo musical, lo tengo enrollado. Obvio que eso tiene un efecto positivo. Lo que no tiene un efecto positivo es si la persona va, va rotando. Y ese es el gran pero en el Sename, claro, porque el mejor va a tener un cuidador, un tío, el que meses después va a tener otro, va a tener otro que puede tener otro. Entonces ese chico sigue sometido al abandono. El que lo abandona lo abandona, entonces tengo un apego seguro, a lo mejor este día lo echaron porque no sé qué viene otro. Sobre todo de nuevo chura todo de nuevo. Entonces imagínate ese niño a los 15. Nada de lo que él cree que nadie lo quiere.

Hay muchos lugares que tienen voluntarios constante, que van precisamente a generar apego. Algunos que lo hacen con los recién nacidos o con algunos prematuros. Conozco gente lleva 30 años en los mismos hogares yendo a hacer eso.

Les da cierta seguridad, pero también hay que tener ojo con eso, con que la figura cambie.

Si no, claro, me imagino, pero ahí también se podrían hacer breves intervenciones, con elementos de la musicoterapia.

Mira, en este caso la musicoterapia funciona más en el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo. El apego, por lo general, ojalá que sea con un cuidador estable. Ahí sí, ahí sí funciona. Y ahí se mantiene. Si se mantiene a largo plazo, bien, pues la abuela puede ser la tía cachái de la familia, porque si hay un cuidador que tal los primeros seis meses y se cuidador después cambia y después cambia y después cambia y después cambia y después viene el papá adoptivo. Ese es abandono tras abandono, tras abandono, tras abandono. Así lo sienten ellos. No es que sea así, porque tampoco hay que decir esto no sirve, cachai? Sí sirve, pero hay un riesgo.

Sí, por eso cuando me dijiste está el tema de Beluga, ya estuvo el peludo, pero que lo bonito de estas cosas, que finalmente también en uno tiene que las hipótesis de todo esto. Es bonito que no siempre se den al 100 por ciento de lo que uno piensa, cachai? Y parte de estudiar algo es decir chuta, sabes que esto por acá sí, esto por acá no cachai. O sea, también dentro de las conclusiones que uno puede sacar.

Es decir, sabes que hay tales elementos que sí, pero tales elementos que no son aplicables, que no es tan fácil que que no necesariamente ahora que el camino. Yo creo que parte de la investigación es eso.

Exacto.

Es ir e ir como construyendo dentro de esta realidad. Por eso. El cual también es tan importante para mí la parte metodológica. La entrevista de usted. Porque en el fondo esa es la perspectiva que cree que le da el puntapié final a mi investigación. Digo esto. Esto que tanto leí y escribí lleno de autores. Pasa. Funciona como lo es aplicable, no aplicable. O sea, esto ya sí puede ser muy bonito cantarle, pero claro, si no lo tenemos en conjunto con una persona que esté, que les genere la seguridad de que no venga o no, porque eso no lo digo yo, se lo dejaré a tu lado.

Imagínate que tú, cuando chica te hubiera cantado tu tía tres meses después hubiera cantado tu mamá tres veces, pues te hubiera cantado la vecina de cachai?

Pero probablemente sería muy buena músico, pero no tendría tu problema de hallar tu problema de resultado. Tendría que saber quién es, a quién le creo. Ahí la broma. El mal carácter.

Cierto. Qué más?

Yo creo que por ahí está lo que me fuiste contestando todas las preguntas de manera súper, súper fluida, que no necesitaba mucho hacerte la piola respondiendo, pero en el fondo me quedó súper claro. Que pena que no se puede hacer más.

Si hubiera plata en este país, o sea, si los recursos estuvieran bien destinados, sobre todo los servicios públicos convencionales. De hecho, yo con una ex polola hace un par de años ya teníamos un proyecto de musicoterapia. También hemos sido terapeuta de Fran y hicimos una cuestión pasional. Me presentaron, de hecho fue una mina, el Sename, todo y no se consiguieron la nada. Un cachái y un programa super acotado precisamente por lo mismo. Y no hubo auspicio y fue con una mina, es una mina con la que trataban.

Trabajamos pa armar el proyecto y no se pudo. Me pasó lo mismo en el hospital psiquiátrico, me ha pasado muchas partes, entonces es complejo, es súper complejo, más

principalmente por un tema económico, el tema de recursos, no por un tema de que no hayan gana, ni que no hayan herramientas ni que la buena funcione.

Debe existir un país que todavía no entiende el concepto de estas terapias en una sala, no?

Y además somos un país que toma poco en cuenta la salud mental de sus habitantes. Si además andamos por ahí, o sea de base, estamos mal. No, ya va a seguir la victoria al tema de salud mental.

El otro tema es la poca importancia que le damos la educación de los niños en la educación primaria. Estamos todos preocupados del colegio y digo si a los 15 años de primero cuarto básico el Simce y de cuarto hace cuarto medio de la PSU.

Pero oye, si un niño entra a primero básico a los 7 años ya. O sea, la formación anterior a eso es brutal. O sea, un niño que no ha sido desarrollado lo suficiente, qué saca y con quién? Con que esté en el colegio va a dar botes y no está bien, bien estimulado, basta. Va a estar retrasado en relación a sus compañeros. Ese papá y encuentro que la es la más ignorada, lo más preocupado.

Ocupado, los que más gritan y luego huida y.

Y sabéis qué me pasa? A todos los niveles en realidad. Pero si no, no hay como una cuestión. Que se considera el niño? Nosotros pensamos como adultos y los niños tienen que hacer lo que los adultos creen que es lo bueno con los niños y en eso nunca le preguntan a los niños qué es lo que creen que es bueno para ellos. Y ahí se pierde todo. Ese es uno de los males que tenemos sin.

Ya súper, en verdad PD Te pasaste?

No, de nada con Mara.

Cuando te tengo te tengo demasiado rato. Se me pasó la hora. No, gracias. Tranquila. Lo que si después te voy a mandar porque la universidad tengo que firmar un permiso. El si el si que ha hecho lo que es un permiso para para para yo disponer consentimiento informado para poder ocupar el lugar de Dios.

Si lo hiciste, yo también hice muchas tesis.

Fue entonces fui yo.

Y no solo baby, sino que también trabajé como investigador. Le pregunté y dije que a lo mejor podía votar al objetivo, pero ya la tienes claro, así que olvidate. No, no he dicho nada sobre lo de poner cualquier cosa. Si se mira con todo esto, si se va desarmando uno puede. Es mejor tener más y editar que tener poco y que lleva años saliendo, cosa que tuvo en ediciones no tengo nada. Si a ir tan obvio, igual la tesis de licenciatura te lo hace más chiquitita.

Ya es como de Sinaloa, pero igual voy a tener que hacerlo porque no pudieron dar información, por eso ya estaba como la en el marco metodológico de esta parte, que es la parte más baja de si. De todas maneras es como la que te pone un poco nervioso porque es la que te puede romper todo el encuentro.

Oye, esto no es tan amargo, te lo digo porque dices eso, claro, y ella te dice que sí, así que nada, muchísimas gracias. Te pasaste de nabo, oye, y felicitaciones por lo que si es realmente bonito. Gracias. Es precioso. Gracias. Ojalá se lee más importancia. Ojalá, así que muchas gracias te vayas. De nada, para que cualquier cosa me escriben O Malley.

Si cualquier duda te la mando por escrito y obvio, un problema. Algún autor que me recomendó o algo así. Feliz también de ya ganas de leerlo. Muchas gracias. Te pasaste.

8.2.1 Entrevistado 2 (E2)

¿Cuál es tu profesión y especialidad?

Bueno, yo soy psicóloga, psicóloga clínica y dentro de esa área me especialicé en infantil infante juvenil. Y específicamente en trabajo con primera infancia de cero a cinco años, ese es como mi especialización.

Perfecto. Cuál es tu experiencia con los niños entre 0 y 3?

Ah, bueno, actualmente estoy trabajando en un hospital pediátrico y en ese hospital pediátrico mi función tiene que ver con acompañar a los bebés que están hospitalizados entre 0 y en el rango que tú señalas, ayudarlos a que la hospitalización genere la menor cantidad de secuelas en el desarrollo integral, porque es una es una situación estresora. Entonces la idea es que deje la menor cantidad de secuelas y para eso nosotros que estamos ahí acompañando tanto al niño, pero también favorecemos o ayudamos a fortalecer la relación entre el bebé y sus adultos.

Pero es como nuestro, nuestro norte, es decir, si nosotros nos vamos dando cuenta de que en esta relación hay ciertas cosas que están obstaculizando el desarrollo de este bebé. La idea es que nosotros trabajemos con esa familia y con ese bebé, incorporar al bebé también en esto, para ver cómo lo hacemos, para superar este obstáculo y que en el fondo todo propenda al desarrollo integral. Ese es como nuestro trabajo.

Perfecto, me diste dos puntos súper importante. El primero es ¿cuáles son los efectos traumáticos o de estrés que pueden ocurrir en guaguüita entre 0 y 3? ¿Qué ocurre y cómo se manifiestan en un comienzo o después? Por ejemplo, ¿cuáles son los principales?

Mira principalmente en el contexto hospitalario, pero que yo creo que también se asimila y quizás con mayor fuerza en un contexto residencial. Los estresores tienen que ver con el cambio de los adultos que están a cargo. Los bebés se tienen que enfrentar a que hay funcionarios y esos funcionarios van cambiando. Cambian los horarios y la rutina que los bebés tienen establecidos en su hogares. Probablemente cambie el nivel de bulla, de ruido, de sonidos a los que están acostumbrados, probablemente. Cambian los colores de su entorno. Un bebé puede que no distinga claramente a una gran distancia, pero si al nacer pueden ver desde los 15 20 centímetros. Bastante claro, entonces prefieren los rostros humanos, sobre todo el de su mamá. Puede que no se percaten del contexto entero, pero si le cambia la tonalidad, por ejemplo, el lugar donde está y ya eso genera un estrés bastante elevado porque el bebé está acostumbrado, sobre todo cuando son recién nacidos, a venir de un entorno que es bastante calmo, como que amortigua todo. Entonces, encontrarse en un lugar donde estás rodeado de gente, gente extraña, que no te conoce, que no estaba acostumbrada a los sonidos de su voz, a máquinas, a monitores que están sonando todo el momento más el ruido ambiente es un estresor bastante grande para los bebés y para sus papás.

Y bueno, me imagino yo también que en residencia debe ser algo similar. Tienes menos cantidad de adultos disponible por niño para que te puedan contener, para que te puedan calmar. Tienes que esperar quizás más de lo que uno debería esperar si tuvieras un cuidador por cada niño. Es decir, que te den la leche, que te saquen los chanchitos, que te dejen arropado. Para todo eso tienes que esperar. Y no es en el momento en el que el niño lo necesita. Y eso lo hace más traumático cuando eres bebé, sobre todo de 0 a 3. Eres un sujeto extremadamente dependiente de otros.

Y la idea es que para que este desarrollo integral sea lo más sano, adecuado y menos interrumpido, es que cuando tú manifiestas una necesidad, esa necesidad sea resuelta oportunamente por tu adulto. Es decir, yo soy un bebé, tengo hambre y lloro, ojalá la

alimento esté pronto y no dos horas después. Lo mismo si tengo frío, lo mismo si tengo temor, lo mismo si tengo, no sé si me explico con eso. Y a eso se enfrentan los bebés en esa edad, en estos contextos que son contextos extremadamente estresante, que con un buen apoyo y un buen acompañamiento no deberían dejar grandes secuelas. Te fijas si hay gente que está acompañando a los adultos y al bebé a decirles mira, esto es momentáneo, estás acá porque estás enfermo. Pero la idea es que te vayas a la casa con tus papás cuando te recuperes. Eso ya debería ayudar a que no sea algo que quede tan marcado, tan traumático. Es distinto cuando te toca, te pasa, te toman, te pinchan. Nadie te explica qué es lo que te está pasando y tiene que ver un poco con eso, claro.

Y cuáles son precisamente esas secuelas que se pueden ver en niño expuesto a tal de tal nivel de estrés o de trauma? Finalmente, porque de esto mismo que tú describes, en el hospital puede ocurrir en una casa donde los niños son sujeto de abuso sexual, sujetos a padre alcohólico, donde ellos mismo viven el tema de ser adictos y pasan por un periodo de abstinencia espantoso. A muchos hogares llega el niños que tiene esta crisis de abstinencia porque vienen de la guatita a drogadictos, o niños donde lo dejan botado y no le dan atención ni comida y son sacados de ahí prácticamente desnutridos o encontrado en la calle. Entonces, claro, están sujetos a fuertes niveles de estrés y por algo son sacados de su hogar. Cuáles son las secuelas que podemos ver en el niño que experimentan esto desde una edad tan chiquita?

A ver, en un niño que ha estado en un contexto hospitalario que no necesariamente va a estar viviendo como esa vulneración que dices tú, no necesariamente, pero sí va a estar expuesto un nivel de alto estrés. Generalmente las consecuencias tienen que ver con el ámbito emocional y la capacidad para autorregularse. Los bebés y los niños pequeños no tienen la capacidad de autorregularse. Necesitan que un adulto los ayude a regularse emocionalmente, ¿cierto? Entonces, si yo lloro y me contienen, yo me voy a calmar y voy a ir incorporando en la medida en que eso se repita, la capacidad de calmarme, hasta que yo después lo voy a hacer por mí misma. Entonces cuando los bebés no tienen esa experiencia o. Han estado expuestos al nivel de estresores, como en este caso, a veces son más difíciles de consolar, a veces cuesta más que sean consolados por sus propios adultos o por otro

adulto. Puede ser también que estos niños, cuando llevan mucho tiempo hospitalizado, mucho me refiero un año, meses, muchos meses de mucho tiempo, pasa lo contrario. Las secuelas más complejas es cuando el niño ya no se queja, que mientras niño se queje es sano porque está pidiendo y porque el niño de alguna u otra manera hace el juego de que alguien lo va a escuchar. Cuando un bebé deja de llorar y deja de pedir y deja de quejarse, eso es extremadamente preocupante. Entonces, si tú vas a un hospital y qué sé yo, vas a ver niños llorando porque están en procedimiento o sus papás no han llegado, o la mamá fue al baño y está solito, que bueno que llore. O sea, que mal vamos a tratar de acomodarlo, de que se sienta bien. Pero que bueno que llore. En cambio, si ves a un niño que lleva mucho tiempo en esa situación y que se va su adulto y no llora y no pide o no se conecta, eso a mí me va a preocupar y voy a tratar de que ese niño haga el paso como contrario, que empiece a necesitar. Empieza a darse cuenta de que puede pedir, que puede llorar en el fondo que alguien lo va a escuchar. Eso un niño hospitalizado. Yo creo que cuando hablamos de vulneraciones de derecho en las familias. Es mucho más complejo, porque acá es generalmente un periodo breve de la vida donde están sujetos a un tratamiento médico y tienen que estar que se yo. Pero es cuando tu propio núcleo familiar el que te daña y el que a la vez te cuida. Yo creo que eso es lo que genera las consecuencias más graves a posteriori, no?

Sí, bueno, también existen niños que son entregados en adopción y que pasan directo de la guatita a la residencia. Pero finalmente fueron abandonados en un lugar donde no da para un apego claro.

O quizás sí hubo una vulneración en su gestación No lo sabemos.

Claro, traen su propia historia hacia atrás y eso no se corta en el fondo con un cambio de apellido, un cambio de nombres es potente.

Y más adelante, porque se describe mucho que lo que los niños que han pasado por estrés a esta edad también, se ve que más adelante empiezan a tener actitudes más agresiva y problemas de control para ir al baño ya cerca de los 3 - 4 años o un poquito

más grande, porque a veces estas secuelas como que se traspasan o también incapacidad de generar vínculo.

Yo creo que se expresa en distintas áreas, en el área emocional, como decía la regulación emocional, que son niños que les cuesta mucho calmarse a sí mismo. Y por ende, a medida que crecen, se es más notorio, porque ya un bebé que llora y le cuesta regularse, ya ok. Pero un niño que llora y llora a un adulto, un adolescente que no sabrá regularse a sí mismo, se nota. La diferencia no es en el ámbito emocional, en el ámbito social, dificultad para establecer relaciones con otros. Relaciones duraderas, estables en el tiempo. Los niños generalmente que han perdido sus primeros vínculos y que viven en residencia, probablemente se van a enfrentar a dos tipos de necesidades de apego o trastornos del vínculo, que tienen que ver con este apego como indiscriminado o esta vinculación indiscriminada que es a extraño que ven, lo saludan, se acercan, confían extremadamente, y eso lo expone a riesgos súper grande. Y por otro lado, por el contrario, hay otros niños que tienen un vínculo o una relación vincular mucho más restringida y no comparten con otros y se encierran en sí mismo.

Eso en términos de lo vincular. En términos conductuales, también vas a ver lo que dices tú mencionaste un par de secuelas ahí, pero en términos conductual la agresividad o que le cueste regular el baño cuando más inquirido como pipí siempre. Porque claro, porque han tenido dificultades en la primera infancia para incorporar esas primeras tareas, primera rutina, los hitos del desarrollo y que alguien lo hiciera con ellos, con paciencia, con amor, con constancia. Porque lo que más necesita un bebé. Y yo creo que eso es la música. A los bebés, sobre todo en la primera infancia, lo que más necesitan es regularidad, constancia, porque eso es lo que va haciendo que vayan integrando cada una de las cosas que están sucediendo a su alrededor. Entonces, si al bebé todos los días en la mañana a tal hora es su alimentación, su baño en la noche, a esta hora, tal cosa, jugamos. Eso es una constancia que va siendo una estabilidad en el tiempo. Cuando al bebé lo expones a que un día sí, al otro no al otro, quizás eso genera demasiada angustia en un bebé. Los bebés angustian, los bebés se deprimen igual que los adultos, de distinta forma. Y cuando eso no es regular. Quien era demasiado angustiado y la gracia de la música y de la sonoridad y de los ritmos es que te

van entregando las pautas para. Por eso ayudan tanto. Pero eso es lo que decías tú, lo de la voz que la voz de la mamá, por ejemplo, cuando un niño, cuando una mamá le lea un bebé, más allá de que nos interese si el bebé va a entender o no. Que mucha gente se queda en el niño, entiende, no entiende. No nos importa eso. Lo que nos importa es que haya un contacto cálido, la sonoridad, el ritmo de la voz. Exacto.

A mí, por ejemplo, el otro día una, una voluntaria que lleva 13 años y no trajo apego con guagüita, decía yo las guaguas les hablo. Y yo sé que no entienden la palabra que estoy diciendo, pero estoy segura que entienden la intención de lo que estoy diciendo, como yo les estoy transmitiendo calma, que yo le estoy transmitiendo cariño y eso ayuda. Me dice a mí me ha ayudado el hablarles a generar un vínculo con ellos y después ríen cuando yo les hablo, reaccionan, son mí, venían con nada, ya no hacían nada y de repente empiezan a reaccionar a estos cuentos que tú le dices que vas a estar bien, que vas a ser un niño sano, vas a ser un niño feliz.

Si. Estás apostando a que ahí hay un sujeto que tiene una edad distinta a la tuya, por supuesto que no puedo hablar un lenguaje hablado. Pero hay un sujeto. Y como sujeto, yo lo que estoy suponiendo es que hay una mente en construcción y como hay una mente en construcción, yo le voy a ayudar. Y ¿cómo le puedo ayudar? Con conceptos, con ritmos, con calidez. Con horarios. Piensa tú la diferencia de palabras que hay entre niños de 3 años que han estado en educación preescolar y que vienen de un nivel socioeconómico alto versus niños que no. Hay una diferencia de palabras que son millones. De conceptos que maneja un niño que sí ha tenido su educación preescolar y que si versus otro que no. A los tres años de edad se nota la diferencia. Entonces es así. Más allá de que el niño como alejarse de esa. Falsa dicotomía es el niño entiende o no entiende lo que yo le digo. A mí eso no me importa, yo asumo que me está escuchando y yo asumo que me quiere entender. Yo asumo que está ahí conectado. Yo asumo que mi voz lo va a calmar. Yo asumo que ese intercambio le va a servir.

¿Qué diferencia podemos ver entre los niños bien estimulados por diferencias cognitivas entre ellos bien estimulados y niños como abandonados en el estímulo cognitivo?

A ver. Como en observación, como a primera vista, porque también hay escalas o cosas que sirven para evaluar como más específicamente, pero así como a primera vista, yo creo que es el nivel de conexión. Dependiendo de la edad que estemos hablando, pero siempre va a ser importante que un niño o un bebé establezca un contacto visual y que ese contacto visual sea consistente. Lo más evidente cuando un niño evita mirar o a un bebé evita y gira su rostro es porque está estresado, generalmente porque no quieren nada se manifiestan estresado y cuando niño evita activamente mirar. Es llamativo, es llamativo a nivel cognitivo. Bueno, la diferencia entre los niños que han tenido esta contención y esa contención nació regular, se les anticipa, tú le explicas todo lo que está pasando a su alrededor. Vas a tener un niño que no va a tener, un niño que probablemente le va a costar mucho más estar autorregulado para recibir contenidos. Por ejemplo, si es que está yendo a preescolar ya, o que si los primeros años ese niño me va a costar más autorregularse porque su cuerpo si no va a tener esta, esta integración que ha sido todo un proceso desde que desde antes que nace pero que se va afianzando con la relación, se va a ser un niño que probablemente va a estar con otras necesidades previas. Sin necesidades cubiertas previas. No va a tener su disposición completa a aprender al proceso de enseñanza aprendizaje.

Y me esto es una pregunta aparte, y no diré que con mi proyecto se asocia algo así con los niños que son como hiperactividad o que son TDAH y no personalmente.

Yo creo que el TDA para mí más que un diagnóstico, un trastorno en sí, para mí es un indicio, una señal, un indicador más que un trastorno. Es lo mismo que la fiebre. Para mí la fiebre no es un trastorno, es una señal. Lo mismo el trastorno de déficit atencional con hiperactividad probablemente tiene que ver con cosas previas y que se manifiestan de esta forma y que le restan al niño su capacidad de atención y de concentración para poder desarrollar tareas propias de su edad.

Cuando hablamos de las consecuencias de niños que han pasado por situaciones así, o sea, claramente ese nivel de estrés también le genera una falta y disposición de poder aprender. Entonces ya tienen menos posibilidades que el resto, o sea, parten con un déficit.

Exacto. Ahí hay un handicap, porque tú le vas a pedir a ese niño el mismo nivel de atención y concentración en el comportamiento de un niño que tuvo esas necesidades afectivas que ni siquiera estamos hablando de necesidades básicas. Estamos hablando de la necesidad afectiva. Es vital. O sea, el cariño, la caricia, el hablar, el cantar, el jugar es vital. Cuando un niño no lo recibe, tú vas a ver que va a tener déficit en el área de desarrollo cognitivo, emocional, social, que va a tener esos déficit. Muchas veces se habla del desarrollo cognitivo como lo más. Y no es tan así. Muchas veces los manuales, dejan de lado el desarrollo emocional, dejan de lado el desarrollo social y solo se enfocan en lo cognitivo. Ahora para que lo cognitivo, lo social y lo emocional se asienten. Tiene que haber un entorno primero que permita que se pongan en marcha esos recursos. Si tú tienes un entorno que no favorece el desarrollo cognitivo, va a ser deficiente. Va a ser difícil, o uno de esos desarrollos va a hiper activarse y el otro se va a hipo. Un niño que emocionalmente cero a la izquierda, pero súper mateo, pero emocionalmente y socialmente no lo logra o viceversa. En otras áreas no se quiere, como que hay ahí esas diferencias? No es un desarrollo armónico.

Sí, está lleno de y está lleno personas que son así. Completamente disociado de la distinta inteligencia y habilidades, como la cognitiva o académica completo, la social y la emocional. Esta es brillante, pero no emocionalmente . Y hay niños que los que tienen que ver que son la primera infancia más sociales, pero son los que no lo logran y otros que están super mateo, pero claro, no logran hacer amiguitos, no logran, claro y acto de repente de balanceo. Claro que también, mira, también viene allá, je, je, je. Que etapa más importante. En Cuéntame, en realidad sí, sí, bastante. Cuéntame alguna experiencia en relación también. Bueno, estábamos hablando. Me contaste un poco del tema de la voz. ¿Qué tipo de terapias se utilizan para niños que viven esta experiencia de estrés?

Mira más tu trabajo, más que más que ponerle un apellido a la terapia. No sé, yo no le pondría apellido, pero en el fondo es una terapia basada en lo vincular. Ya tiene que ver con mostrarle a los padres, a las madres, que ellos tienen la capacidad de cuidar y calmar y contener a sus hijos en la medida en que ellos estén calmados y contenidos. Entonces, para un padre y una madre siempre es muy difícil que un hijo esté hospitalizado. Es muy horroroso y por ende se estresan. Ellos sufren mucho y la idea es acompañarlos a que en este proceso ellos vayan dándose cuenta de que siguen siendo los papás, por mucho que nosotros comillas estemos a cargo, ellos son los que conocen a su bebé. Ellos saben la forma en que su bebé se calma. Tienen como. Cómo? Cómo traslada la relación que tenían en su hogar a este espacio que es tan impersonal pero que de alguna forma tienen que hacerlo para poder seguir en el fondo avanzando. Y una vez que los papás logran cómo hacer ese proceso. Los bebés en general aceptan la hospitalización, bajan la ansiedad, bajan la angustia, aceptan los procedimientos que a veces son más invasivos o dolorosos, en la medida en que sus papás estén contenidos. Cuando sus papás no lo logran, o les cuesta más la idea, igual hay que generar una derivación para que los papás puedan tener un apoyo propio fuera. Y no traspasarle esa angustia al niño. Entonces la idea es enfocarse en que el acompañamiento de la familia en el fondo se traduzca que los papás puedan sostener a ese niño, todas las dificultades que tiene, pero que puedan seguir sosteniéndolo, puedan seguir jugando, puedan seguir cantando, puedan seguir creando. Esa es como la idea. Yo creo que se necesita la seguridad de que todo este trámite hospitalario es inseguro para el, si no que es parte su rutina en que está acompañado. Si, es un momento de nuestra vida, es un momento fome de nuestra vida, pero eso no significa que dejemos de ser mamá, papá, hijo, hermano, nieto.

Y dentro de este mismo trabajo con los papás. ¿Qué actividades, con la voz, tú le recomiendas que, por ejemplo?

Mira, yo trabajo con una educadora de párvulos que ya lleva mucho, mucho, mucho tiempo en el hospital. Y siempre se ha fomentado la lectura acá. Entonces para todas las edades y siempre se ha fomentado, por ejemplo, los más chiquititos, los cuentos, el uso de los

cuentos sensoriales que vienen con estos sonidos. Y eso es como lo primero. Pero también cuentos propios, como de onomatopeya. Para los bebés, la idea es que los papás lo puedan poner en práctica, muchas veces los papás se sienten un poco ridículos, a veces como, “¿Cómo le voy a leer un bebé?” Pero la mayoría ya lo hace. La mayoría ya viene con la experiencia de leerle, de fomentar, de mostrarle los blogs, las figuras más básicas que vienen en los libros. Y se orienta, cómo también por el tono de voz. La idea es que sea una actividad que se repita y que no sea solo una vez y nunca más. Entonces, por ahí el tema de la lectura de cuentos se fomenta bastante y siempre orientamos a las familias a que se mantengan en lo musical, en las canciones.

Nosotros el año pasado como, como hubo esto de la pandemia que siguieron las donaciones, compramos unos parlantes y esos parlantes teníamos unos pendrive con música infantil. La música de Chile Crece como Perinatal, que es como súper suave.. Y a los pacientes que no podíamos ingresar a la sala o que estaba mucho tiempo hospitalizado, le llevábamos esos parlantes para que pudieran tener música. Ellos en sala de se va conversando con la enfermera oye, tú le puedes colocar este a tal niño que está ahí, pero le sirve la sala completa o está solito, por favor. Cada vez que vayan pasando esta música y ha tocado como familias que son súper musicales, también se le han puesto música durante todo el embarazo a los niños y una vez que nacen los cabros chicos son súper musicales, súper como rítmico y se les nota, y hay una guagua y es fanática de Queen. Entonces que los papás para hacerla dormir le ponen Queen. Y así hay historias como bien de cerca de cómo lo musical y otras instancias. Yo conozco, me acuerdo un musicoterapeuta terapeuta que utiliza la música en la intervención con su paciente de rehabilitación como de larga data hospitalizado. Un terapeuta ocupacional que ocupa la sonoterapia que me decían que era como distinto, pero que también ocupaba como el tema la vibración que por ese lado. Así que sí, como que por distintos lados hay como uso de lo musical. Hay un texto que se llama Ruth Feldman, que es una psicóloga, y ella habla de la sincronía. Y de los ritmos sincrónico y de la sinfonía entre la mamá y el bebé y entre el papá y el bebé. Pero así como desde el último trimestre del embarazo, que empiezan a sincronizarse incluso los procesos fisiológicos entre ritmo cardiaco. Hay cosas que se van como sincronizando. Cuando la diada sufre como eventos traumáticos, esa sinfonía como que se desordena. Pero la idea es

que pueda volver como a sincronizar, cachái? Y es muy bonito ese texto, porque en el fondo igual tiene que ver con esto o con el tema de la rítmica, de la voz, de lo cálido, de.

Como este tipo no es totalmente más que lo que me decías recién de la vibración, también la voz genera vibración en el cuerpo. Entonces cuando te ponía la guagüita acá, además de escuchar tu voz, siente no sólo el corazón, sino que además va sintiendo una vibración que cuando esa vibración está en un estado, en una vibración calma, positiva, genera la guagüita. Lo mismo se le está dando una superficie a todo su cuerpecito. Es súper interesante también, ese es ese trabajo.

Desde la intervención temprana supone que los bebés están como diseñados para que, cuando nazca, nosotros nos orientemos a los sonidos más agudo y como que como hablar así “mi niño nada”. Estamos como diseñados para eso más que para las voces graves.

Mira, eso sí, aquí, que no es que nos pongamos tonto, es biológico, es biológico.

De hecho, sí es biológico y porque los bebés prefieren Eso.

Mira qué interesante. ¿Qué generan los tonos agudos?

Mira, no sé que le generará a los tonos más agudos, yo creo que le genera más confianza como más seguridad, porque le están hablando como más suave. Hay un nombre para eso, se llama *motherese*, De ahí te lo voy a escribir. Es la forma en que uno le habla como calmo, cálido y por eso el bebé prefiere ponerle atención a esas voces versus la cosa es grave, como monótonas.

Si no, no pescan eso, no les agradan, no están más diseñados para. Y la voz de la mamá, por supuesto, cachai?

Claro, esto es demasiado interesante. Me encantaría que una de todas maneras mandame el nombre pa tampoco estudiarlo, porque finalmente la la voz es un

instrumento sonoro. Si la utilización de la voz es una intervención musical, en el fondo, cuando los papás utilizan este instrumento de manera agresiva o violenta, genera un impacto versus si ese mismo instrumento se trabaja como tú, con elementos que la guagüita le generen seguridad, conformidad, una sensación de protección y cariño.

Este trabajo mío se orienta lo que es el trauma, el apego y la reparación. Sí que entonces eso como lo lo que ocurre.

Perdón, pero cómo llegaste a eso? Cómo llegaste a trabajar con bebés en residencia o querer trabajar cuando ven residencia?

Por qué? Dije yo. La verdad es que a mí me encantan las guaguas, me fascina las guagüitas. Y siempre quise como una pasar que de repente. Qué herramienta profesional tengo yo cuando era una guagua? No soy psicóloga, no soy médico. Y dije y si, voy a cantarle a la guagüita. Estaba ahí con la guitarra al a la residencia a tocarle una canción es cantarle cosa.

Obvio que generar algo positivo posible que no cachai. Y ahí me metí a estudiarlo y ahí llamé a la casilla 6 que quiero hacer esto. En verdad era como un tema de de necesidad. Era mío, como de guata, como que necesito hacerlo, cachai? Y. Pero claro, me faltó el decir y ahora que estoy estudiando el tema, me di cuenta de que en la música hay demasiadas herramientas. O sea, vengan a decir por qué no está en todos los hogares de Chile?

Mucho. Mira, de hecho hice un curso hace como tres meses de neurodesarrollo y psicoanálisis. A mí me gusta mucho el psicoanálisis y sobre todo se pone a estudiar esto en la primera infancia, que a veces lo de pegarme una estudiada de Freud así no va a tener lugar en los contextos generales. Así que cómo empezó el psicoanálisis? Y los efectos traumáticos de un inicio. Y ahí tú, por ejemplo, Winnicott, que era pediatra y se transformó en psicoanalista y leí lo de la posguerra, que lo encontré seco en trauma.

Sí, estuve leyendo de él y hablaba de un tema de la agresión primaria. Que eera normal que un niño tuviera como estas pequeñas agresiones, donde él se agarra de la de pechuga, le hace cosas y la respuesta de la mamá y de los cercanos, genera su actitud, su positividad en la agresividad, su agresividad negativa.

Entonces la profe nos hablaba. La profe de neurodesarrollo nos decía, no se sabe por qué, pero Mozart tiene un efecto. Hay una obra de Mozart que en la 4 48 y no se sabe por qué, pero tiene efectos en personas que tienen crisis epiléptica. Entonces tiene un efecto, como despertar en el estado de vibración muy especial. Entonces es como que hay, no se sabe muy bien cómo funciona, pero la música, la sonoridad, la voz son fundamentales en la primera infancia. Lo primero que es fundamental .y muchas veces en este período de separación pandemia, contexto, restricción de acompañamiento de los adultos que si o los papás estaban enfermos de COVID, los bebés también, entonces estaban separado. Fue la voz la que nos ayudó también a llegar ahí, la voz con un mensaje grabado, la música que le poníamos al bebito, cachái. La música que te ponían tus papás en la panza, nosotros te la vamos a colocar por mientras que ellos no pueden estar. Pero ellos te aman, cachai? Y es la forma en que tienen como a estar contigo, le da ahí la estabilidad. Como que ya estoy acá, pero estoy escuchando lo mismo que más escucho en mi casa solo.

Hay asociación positiva me imagino. Yo creo que ellos están felices cuando escuchan esa canción, después te la pones y hay como una asociación a que hay un momento bueno.

Me encantaría investigarlo, así que me encantaría investigar. Eso sería bacán. Pero si yo me imagino que sí cachai que van quedando huellas, huellas que no necesariamente son conscientes, sino que pueden ser como inscritas en lo corporal ahí en los registros sensoriales de esa experiencia. Totalmente.

Genial, hay que bueno y que bueno que me hayas hablado de Winnicott que se llama el autor. Me mandé un capítulo entero de él después de Freud, porque decía Freud del

padre y después me apareció su trabajo. Ojalá que sea como importante, connotado, porque me parece súper interesante lo que está diciendo, pero quién me lo mencionó?

Lo encuentro bacán, no es bacán, es bacán. Y él habla de la importancia del juego. Y el juego, la voz, el canto, el contar todo eso también está incorporado y la forma en que un terapeuta también trabaja con sus pacientes, uno también tiene que aprender a ir mediando el tono cuando como le canto no le canto. Cuando yo trabajo con niños, como bebés, yo les canto todo el día y les canto de todo, desde lo musical, infantil y lo que yo me acuerdo de lo antiguo Mazapán, que si llevo casi lo nuevo, hasta cosas que a mí me gusta cantar y les canto a ellos y les hace bien porque les gusta, que yo les voy cantando un mantra y se van relajando poco a Chile.

Entonces sí me imagino que para un trabajo así en residencia es un proyecto hermoso. Es un proyecto, que tiene una arista que es preventiva, que creo que es súper importante. También puede tener una arista reparatoria y dependiendo de cuándo y cómo se aborde, a que edad, en que etapas. Me parece fundamental. Y salvaguardando estas cosas que te digo yo, que en la primera infancia la constancia es fundamental. Cuando yo trabajo con un bebito que está en condiciones de abandono, por ejemplo en el hospital, que es muy, muy pocas veces, muy pocas veces pasa eso, es muy raro, pero que los papás no pueden ir tanto que si yo. Yo me hago el tiempo de trato, de ir todos los días en el mismo horario. Porque le estoy mostrando que ahí hay una secuencia, hay una secuencia y que puede confiar. Puede confiar en que yo en tal horario voy a estar ahí, aunque sean 10 minutos, voy a estar ahí y le voy a decir mira, hoy días es tanto, vine un ratito, vamos a hacer esto, me voy a ir, pero tú sabes que mañana voy a volver la regularidad en la primera infancia es fundamental. Y la música también tiene esto que regular. Yo no te conté, pero yo toco piano serio. Si, estoy en clases ahí aprendiendo un par de cosas. Me encanta la música, me encanta.

Parte de mi proyecto también es como plantear una metodología para implementar. Es lo más heavy de todas las entrevista, sobre todo la gente que trabaja o trabaja en residencia del Sename y darte cuenta que no hay ni plata, ni gente ni nada. Y empecé

ahí a darme cuenta de que finalmente podría hacer. Que se podrían implementar capacitaciones para la gente que ha trabajado ahí. Porque no hay para un musicoterapeuta por niño, ni por residencia. Entonces también, de repente el proyecto puede ser capacitar a la gente que trabaje ahí a que, por ejemplo, todos los días una hora haga un trabajo musical o cuando les da papá les cante, entonces los niños asocian esta música a, comida a que están salvaguardado que están recibiendo lo que necesitan, cachai? Ahí trabajando con los voluntarios, decirle que elijan una canción y cantarles siempre esa canción. Tú me diste elementos de esta regularidad, de constancia que me sirve mucho también para la aplicación de la música en este caso, porque como es tan incierto que se puede y que no se puede hacer más que nadie, tiene más regla por temas de protección, pero que finalmente también generan separación totalmente.

O sea, yo a mí me preocupa profundamente la salud mental de los bebitos de esta época, porque sobre todo los que están en residencia o en hospital, porque están súper.

Así que no se puede acercar, que no se puede captar el voto de una voluntad de Mesía, o sea, es súper difícil cuando estoy con mascarilla. Que niño no te veas sonreírle y no te vea como hacerle cosas que a ti como que tienda de tu cara, que tú estás feliz, que tu le estás traspasando, que se hartó. Así que era muy difícil y que ahora por ejemplo no los podían, no los podían bañar por tema. Y también otro psicólogo me explicaba la importancia del baño en la primera, que el agua para la guagüita es como y es como volver a la guatita y que ahí se genera mucho vínculo con la gente o cachai jugueteo.

Había un músico terapeuta me decía como yo hago un ejercicio con agua, también los niños al golpear el agua genera y como este el que genera y ritmo genera y como no un trabajo musical muy bonito, entonces las cosas ya no se pueden ir haciendo, entonces también se les protege, pero también se le. Se les desvincula, se les restringe y al restringir también está ahí generando secuelas. Sí, porque claro, es un hábito. Puede que nos hayan contagiado de Covina, afortunadamente, pero en términos de de interacciones.

Lla mente humana se desarrolla en torno a las interacciones y lo fundamental, y yo la miraba un poco, estaba trabajando la parte como más técnica de lo cognitivo y claro, entre los seres los tres años. El es el periodo de más creación de neuronas en el cerebro, entonces es brutal. Bastante tiempo y pasó. Sí, y pasó y tuviste una guaguüita que en un año y medio de pandemia. No la estimuló nadie y pasó su momento máximo de D.

de recepción, de estímulo, que fuerte.

Y después viene la poda, entonces eso va bajando y yo después más difícil y uno se pone más rígido a medida que va creciendo. Entonces ya no está la neuroplasticidad que teníamos, cachái? Al comienzo sí. Por eso es que nosotros acá o el chile crece contigo. Por ejemplo, el es full primera infancia por la neuroplasticidad, por el neurodesarrollo, porque está la capacidad de revertir cosas que son muy graves. Se pueden ir revirtiendo, Perchik. Pero, pero claro, hay que creer en eso, hay que confiar en eso, hay que apostar a eso y saber que es mucho mejor eso.

Hay que llegar a los 10 15 años de un niño que ya vivió todo este daño, que no ha tenido esta experiencia a tratar de reparar algo. Claro.

Súper difícil, súper difícil que no se ve. Ese no es que no se pueda, pero, pero va a ser mucho más complejo. Vas a necesitar más tiempo de intervención, vas a necesitar, cachai? Y sin asumir que ese niño ya lo ha pasado mal 15 años de su vida por ahí cuando no podría empezar a detectarlo antes, claro.

Y de hecho también me han dicho de niños que ha sido adoptado desde muy chiquitito, que han tenido una familia estable, que lo ha querido y lo ha cuidado, que lo ha estimulado. Igual tienen un tema con el abandono con el que pidió que lo que les genera.

Sí, pues uno sí, porque porque uno no es, no es solo uno, no es también la historia que porta Publimetro Chile. Entonces, tarde o temprano, igual que un adolescente o un adolescente en

algún momento sí o sí, tiene que mandar a la cresta a los papás, ojalá que esté en lo más sano.

Si fue normal, es normal. Suben.

Es normal que un niño que ha vivido una experiencia así lo manifieste, lo más normal es que lo manifiesto. En algún momento ojalá sea acompañada, ojalá sea bacán. Ojalá se pueda hacer todas las preguntas del mundo y que su familia lo acompañe en esa actitud. Claro, está bien. Joven.

En verdad te pasaste? Te diré que voy a. No te voy a mandar a Cuéntame todo lo que me mandas. Todo lo que es darle una mano y hacerlo de verdad. Te pasaste? Me ayudaste un montón. Ah, qué bueno! Me alegro mucho y me alegro mucho porque sí, porque trabajar con bebés en este país para el ámbito como psicosocial o de otras disciplinas está muy invisibilizado. Es solo que me voy a invisibilizado muy bueno.

Y que el valor de las artes super poco valorada. Y yo entre más leo esto, más me doy cuenta que sobre todo en la primera infancia, como es la música, las artes manuales, las artes visuales, el teatro, son fundamentales en el desarrollo de los niños. Yo tengo una sobrina de siete meses y medio que mi hermano me mirases montándose. Mi hermana, mi hermano le canta y ella le abre los ojos. Pero es que viene su papá y es como una donación que choices papá le está cantando y y le aplaude miradita caiga de sietemesino, lo aplaude y como que acá este es su Rooks.

Entonces de ahí cuenta como a través de esa música el jitomate.

El ánimo que tengo con mí no llega hasta así, mirando como los blogs y mi hermano se ponen ante él y ella abre los ojos y saluda a mi nivel en que viene? Se va a pagar. O sea, el vínculo que generan es impresionante. Si tú decides como pucha poder hacerle eso a un niño, puede entregarle este libro.

No es fundamental.

Es fundamental, como es esto fundamental. Que bacán! Ojalá, me alegro mucho que se puede hacer algo, aunque sea en un poder aplicar todo esto en una residencia. Una vez que se puede hacer algo.

Oye, sí, acá también uno aprende a trabajar con expectativas quizás distintas a las que está acostumbrada. Entonces, si llegas a un ser humano con algo así, es maravilloso, porque a ese ser humano le cambiaste la vida.

No es verdad, en verdad, pero yo creo que eso es lo bonito, empezar a darse cuenta de que hay muchas herramientas, no sólo como las súper médicas, ahí en la mente también se puede ayudar mucho y cuando yo es lo que yo quería hacer con mi proyecto es que alimentar el alma boca. Y el médico occidental se unen, se fragmenta todo mucho, entonces como que eso pasa a segundo plano, pero es que también cuando hay mucho con lo que digo, los lineamientos tomes y pucha a los niños como la psicología se ha dado cuenta de que la rutina, que esto y lo otro y a cómo aplicamos la música dentro de estos lineamientos para efectos de la música se aseguran en la música se estructura todo el rato, sí, pero también es.

Cómo decirlo, una forma para simbolizar estados emocionales, cachái y te ayuda a poder decir no sé cómo decirlo, pero esto me está pasando a mí. Sí, bueno, ahí, ahí la musicoterapia funciona mucho. Si los terapeutas lo que hacen es como a través de manifestaciones musicales, entender las emociones de los pacientes. Estoy totalmente claro. Estos gritos, los cantos y los movimientos y y los hijos le pegan al tambor como que Typekit de una manifestación de lo que le está pasando a él.

Si la música terapia. El terapeuta evalúa mucho a través de la utilización de la música por parte del niño o el paciente en general. Si sí sobre eso. Bueno, en verdad no se le vaya a hacer lo que me mande todas las cosas.

Si dale, ahora te escribo jaja.

Nos vemos Mara, de pasada te gusta? Un abrazo grande. Muchas gracias. Lo agradezco.

Que le vaya bien.

Super bien. Chao, chao.

8.2.2 Entrevistado 3 (E3)

¿Cuál es tu profesión, oficio y tu especialidad?

Bueno, yo soy profesora de Estado en Educación General Básica, soy bailarina, intérprete y coreógrafa, especialista en danza educativa, musicoterapeuta con especialización en el modelo Benenzon de musicoterapia. Y eso es lo que hago yo en general.

¿Cuál ha sido tu experiencia con la musicoterapia?

Es larga mi experiencia porque partí haciendo musicoterapia oriental por un tema de búsqueda personal hace muchos años. Hace 25 años por lo menos y. Y luego derivé a la musicoterapia de Occidente y me apunté en el postítulo, cuando se dio en la segunda o tercera promoción del año 2003 de la Universidad Chile. Facultad de Arte. Si. Esa es la formación que hice y bueno, y mi búsqueda fue el complemento de la musicoterapia de oriente y después con la musicoterapia de occidente, y entonces me fui después especializando una vez que hice mi trabajo del título, entonces me fui acercando mucho al modelo Benenzon de musicoterapia que uno de los cinco modelos reconocidos por la Federación Mundial de Musicoterapia. Así que así, eso ha sido el camino hasta ahora.

Y tú tuviste experiencia en el Sename? Cuéntame un poco.

En el año 2017, a través de ACHIM que siempre llegan avisos de trabajos de para los asociados y la actividad, tomé ese ese dato y me presenté. Y obviamente necesitaban una persona que se manejara bastante con los niños en edad preescolar. Entonces yo estuve trabajando en la residencia de Cread Galvarino en Bascuñán Guerrero y también estuve con los niños de residencia de las mujeres que están en Gendarmería, son menores de edad todavía, pero están, digamos, cumpliendo. Entonces para la libertad, para su proceso, entonces ella llevan varios años ahí y me tocó trabajar con un grupo de chicas, también adolescentes ahí.

Con el grupo en el Cread, trabajé con niños pequeños. Pero ahí no hay lactantes. Tuve experiencia con lactante cuando trabajé años atrás en, en Belén, que pertenece o pertenecía al hogar de Cristo, ahí estuve haciendo un tiempo con los bebés. Pero era más un trabajo dedicado a las cuidadoras de los niños, de los bebés, que es un trabajo bastante difícil para ellas, en el sentido de que tienen que dividirse entre su vida privada con los niños y la atención de los que tienen que acompañar. Y tienen turnos muy, muy cansador, porque toda la noche o todo el día. Y entonces ahí yo hice musicoterapia para las cuidadoras de los bebés que van en adopción. Bueno, yo tenía también contacto con los bebés porque teníamos tenía que estar cerca y comprender, de alguna manera el tema, el apego y estar con ellos de alguna manera. Entonces eso fue con los más pequeñitos que he trabajado.

Pero acá cuando traje a mi Cread a la Galvarino, hoy no hay lactante de niño de 5 años para arriba. No menos.

Y qué y qué? Cuáles fueron los casos principales es que trataste? Y qué es lo que tú veías presencialmente en estos niños, aunque fueran mayores? Porque generalmente sus problemas vienen de las primeras etapas, desde su separación con sus padres debido a maltrato, negligencia, abandono, un montón de este tipo de situaciones. ¿Qué era lo que tú tratabas y cómo?

Yo no trataba nada en especial, nada en particular porque a mi me asignaron, me asignaron algunos niños. Estos niños están en tratamiento, obviamente son los que están en aula interna. Esto qué significa? Son niños que no salen de la residencia, no son los niños que salen porque son los que tienen más mala conducta, por decirlo así, son los niños que en los colegios externos nadie los quiere recibir ya, porque son niños que supuestamente contaminan el grupo curso en una escuela común y corriente del municipio o de cualquier lugar. Hay dos tipos de niños en la residencia, los que van a escuela externa en escolaridad y los que están en escuela interna. Esta escuela interna es un módulo, que tiene profesores que los contrata el municipio. El lugar donde yo estaba pertenecía a la municipalidad. Santiago y el municipio contrata a estos docentes que están dentro de el hogar, dentro de la residencia, todo el horario, toda la jornada, toda la mañana, toda la tarde, dependiendo la jornada de cada profesor y. Y son cursos muy chicos que no son cursos, el fondo no hay muchas condiciones, son muy precarias. De pronto una profesora tiene dos niños, tiene tres niños, cuatro niños, no más que eso. No se puede atender más. Son niños con demasiadas dificultades de todo tipo: con carencias afectivas mayores, con problemas y muchos con medicación, hay muchos que están muy medicados y también con problemas de abandono, porque no todos tienen visitas de los familiares. Entonces hay niños que en los horarios de visita, no llega nadie a verlos, entonces vienen los momentos a veces de más agresividad que yo noté cuando sus amiguitos o los otros niños tienen la visita del padre, la madre o algún familiar y ellos no reciben ninguna visita. Entonces ellos deambulan por los patios solos y funcionan solos. Entonces, lo más difícil. Yo tenía asignado dos grupos, pero uno de los grupo más chiquitito eran cuatro niños o cinco niños, pero. De pronto tenías diez

niños. Por qué? Porque los niños veían que estaban haciendo una actividad distinta. Porque además no te permiten trabajar con puertas, con las alas cerradas, con llave, las puertas de estar siempre abiertas. Porque esas son las normas de allá. Más aún después de lo que pasó con la niña Lisette, yo entré en un periodo muy difícil porque estaba con investigaciones con el tema de la muerte de la chica que hacía muy poco tiempo. Entonces estaban sujetos mucha investigación y había siempre visita y siempre estaba esto. Había otro incidente con algunos niños, llegaba Carabineros, llegaba la ambulancia, llegaba a todos los niños, se subían al techo. O sea, un caos de palabras mayores. Para estar ahí no resistía, yo creo que resistí y tomé la pega porque la experiencia del manejo del grupo, que tengo de muchos años, no me provocaba ninguna dificultad personal, pero para una con alguna colega yo creo que... no sé si alguna persona no quisieron tomar el trabajo, porque hay que tener garras para estar ahí.

Cuero de chancho.

Claro, entonces era un poco difícil. Fue un período complejo. No fue nada fácil. Si yo te digo que sí pude aplicar alguna de las técnicas de musicoterapia, que yo agradezco que en ese momento tenían la expertise del modelo Benenzon de musicoterapia, de la terapia es el que más corporal, sonoro en lo no verbal. Porque no tenía que usar el lenguaje hablado. Y los chicos entonces entraban. Y yo no dejaba que entraran porque de repente eran cuatro que tenía que asistir por lista, pero de pronto tenía 10 entonces tu mirabas y no estaba la persona que está a cargo de los niños, no está en ninguna parte. Entonces no podía echarlo. Entonces los atendía. Y como bien unos pocos instrumentos, algunos sonajeros, una flauta dulce o una melódica por aquí, un bombo. Entonces tocaban todo el rato, tocaban, tocaban y cuando se cansaban de tocar se iban. Entonces era como así, como un vaivén. No tenía yo tampoco una persona que me pusieran de fijo, como un asistente que debería haber de sala o de algo no había. No me pusieron nunca nada y entonces es muy difícil trabajar en esas condiciones, o sea, las condiciones fueron muy malas. No fueron malas, fueron muy malas. Pero yo estuve todo el período que tenía que estar. Terminó el año escolar y me invitaron incluso hasta la ceremonia de finalización del año escolar y. Y le pude entregar un certificado porque había un niño que no dejó nunca de ir. Un chiquitito como de 8 años. Yo

pedí al director del organismo, donde yo pertenecía, que se le diera un certificado por su participación, ya que él había sido muy constante y nunca faltó. Él estaba comprometido el niño y el resto fueron entrando y saliendo.

Con que te resulte uno es un gran mérito.

O sea, sí. Y yo puedo darme por satisfecha de que tuve éxito porque hubo uno que duró hasta el final y otra chica también. Al principio eran cinco, después quedaron cuatro. Terminó una también, una adolescente de 17 años, 16. Por ahí también terminó una chica. Entonces entre los dos taller tuve finalización, inicio y término. Afortunadamente no me caí nunca, pese a todo, porque de pronto yo estaba llegando allá. Y me decían hoy no hay niños. Y uno decía por qué, y lo habían llevado al ¿Cómo se llama este lugar de juego como parque donde iban los niños? Kidzania, no sé cuánto. Extraño, no sé cuánto. Algo así. Ah, entonces lo llevaba porque como estaban pasando por muchos problemas tan e iba mucha gente, llegaba de investigaciones o llegaba carabinero, llegaba todavía mucho, mucho convulsión, mucha cosa dando vuelta. Los niños estaban ansiosos, estaban colapsados, no entendían nada, estaban mal, había niños que estaban bastante desestabilizado. Entonces la sacaban con frecuencia hacia paseos flash, que nadie te avisaban, si llegaba a hacer mi sesión y no tenía niños, lo habían llevado de paseo y eso fue muchas veces en el semestre, muchas veces. Entonces no había constancia. Yo diría que ahí los que estaban a cargo no se tomaron en serio lo que deberían habérselo tomado . Pienso que si las cosas se las tomaran más en serio, todo sería más productivo y obviamente habrían más beneficios para los niños.

Es evidente que siempre faltan el recursos y falta gente, pero ¿también hay ineficiencia en el manejo?

Bajo mi responsabilidad pienso, por ejemplo, algunas personas, como son los educadores de trato directo que se llama, no están capacitados para trabajar con niños. Definitivamente necesitan una especialización o una capacitación para poder convivir y para poder tratar con los niños, porque ya van educadores de trato directo. Entonces ellos están a cargo de

todo, que si sale del pasillo, que si sale de la sala, que si va para allá, entonces tienen que estar a cargo, cuidarlos en el patio, en sus horas de recreo, cuando están en un aula, o de los comedores donde almuerzan, etc. Pero son personas que les falta mucho, mucho terreno, porque lamentablemente de pronto vi por ejemplo, que voy a usar la palabra comodín, como que entran en demasiada confianza con el educador y el educador. El educador no es amigo del niño, el educador no es amigo nunca, ni del adolescente, ni del niño, ni del nada. Su trato debe ser a nivel, profesional, como corresponde con la contención, con el cariño, todo lo que significa. Pero no son amigos, tampoco es un familiar. Entonces eso también provoca inestabilidad en los niños, en los jóvenes, porque de alguna manera se sienten desorientados, no saben a qué atenerse. Entonces se travesean mucho, hasta con garabato. Lo más grande, lo adolescente este por el otro y que aquí, acá y entonces se pierde el respeto y la eficacia. Entonces ese es el problema. Para mi gusto, hay que hacer un cambio profundo en la institución. Yo en todo caso tengo bastante cercanía con la institución, porque yo una de mis pegadas más seguidas que tengo en los últimos seis años, es trabajo con los equipos de profesionales que están en los distintos programas del Sename que son, por ejemplo los niños que vienen a grupos por ejemplo de distintas comuna, que están los programas en Recoleta e Independencia. Entonces yo trabajo con los equipos, con los equipo profesionales, donde está el psicólogo, la trabajadora social, todo el equipo completo, entonces ellos vienen hasta acá hasta mi centro y les hacemos una jornada de cuidado de equipo.

¿Interesante y tu aplicas la musicoterapia en esa capacitación? Parte del proyecto es pensar maneras realistas de aplicar la musicoterapia, porque claro, lo ideal sería que todos los niños tuvieran un músico terapeuta al lado de ellos. Pero eso no va a pasar, no es la realidad, no hay recursos, nada. Entonces muchas veces lo que podemos proponer es que la gente que está pueda obtener una capacitación para aplicar ciertos elementos de la musicoterapia. Entonces muchas veces los musicoterapeutas, lo que pueden hacer también es capacitar gente que trabaja ahí adentro.

Bueno, yo tengo en este momento, en el programa que estoy haciendo de formación de terapia de Benenzon, tengo dos alumnas que trabajan con el Sename. Son trabajadoras

sociales, y están haciendo la formación para certificarse como técnico en terapia Benenzon. Y todo esto partió por las jornadas de autocuidado, cuidado de equipo. Ellos como institución tienen obviamente un dinero o un programa que les permite tener tantas horas en el año de capacitación de o, en este caso, de programas de cuidado de equipo con distintas actividades, con distintos profesionales. Entonces esta persona que con la que yo he trabajado, me ha destinado con distinto programa. Entonces todas estas personas vienen hasta Crisol y se le dan toda una mañana, por ejemplo, una jornada completa de toda una mañana. Y se trabaja con la terapia de Benenzon de musicoterapia y se generan distintas técnicas.

Perfecto. Y en el fondo, lo que tú buscas, que dentro de la especialidad de ellos, de cada profesional distinto, puedan aplicar ciertas técnicas dentro de su área.

Mi búsqueda es la siguiente, que te la explico bien. Cuando la Mahoma no va a la montaña, la montaña va a Mahoma. Como no pudo ser el tema de que yo estuve muy contenta siendo este tiempo que estuve ahí en el hogar, en la residencia, lamentablemente era un proyecto corto porque el director de este lugar donde me llamaron estaba interesado, pero no tienen información, no saben para que sirve, no? Tampoco hacen instruido. No hay mucha lectura, no hay mucho conocimiento. Entonces a que bonito. Porque les suena que es bonito y que es bueno, pero también hay mucha desinformación.

Entonces como eso no pudo ser, tampoco me volvieron a llamar y. Y bueno, a esta altura medida andar haciendo tantas cosas y tanto programa chico no me no me venía bien para mis necesidades. Entonces, como tengo estos grupos de profesionales que trabajan para los programas con los PRM de maltrato grave, niños que están con vigilancia no, no sé el nombre exacto del programa, pero hay varios programas, eh? Entonces yo estoy ahora apuntando allá. A trabajar directamente con los profesionales que van a terreno, con los profesionales que hacen, por ejemplo visitas, con las trabajadoras sociales que trabajan con los grupo, con los niños que han estado en residencia, con los niños que aun estaban con cierta período en residencia, pero que después sigue con estos programa porque están en sus casas, pero tienen que estar absolutamente bajo el programa, con psicólogo, con todo lo

que les genera, el programa que le entrega la institución. Entonces yo trabajo ahora porque hay que capacitar a los profesionales para que hagan bien la pega. Y en eso estoy yo.

Es perfecto. Oye, y qué? Y qué elementos les entregas? O sea, cual para ti son elementos de la música terapia, especialmente de la metodología de Benenzon, que pueden ser utilizadas en la situación de estos profesionales o de estos niños.

Bueno, aquí lo que se la musicoterapia, como dice, es terapia a través de la música. La música es el en es el motor a lo va a mediar entre el otro y el terapeuta. Lo es que se busca crear vínculos, se busca crear vínculos, mejorar la comunicación, mejorar la calidad de vida de la persona, el bienestar en general a través de que: la utilización de instrumentos musicales. En la terapia de Benenzon se llaman mediadores, porque no solamente puede ser una guitarra o una melódica, o un teclado o decir algo, sino que pueden ser otros elementos, como por ejemplo una pelota, una tela. Y eso no son instrumentos musicales, son objetos, pero que se utilizan como mediadores para crear el vínculo entre el terapeuta y el otro. Entonces que se busca? Esto porque, en general, la musicoterapia puede tener objetivos en cualquiera de los modelos que tú puedas estudiar y trabajar.

Todos tienen sus técnicas, unas formas de llegar. Pero el modelo Benenzon son de musicoterapia que ha derivado actualmente en la terapia de Benenzon elementos corpóreos, sonoros, no verbales o se usa el cuerpo, el sonido, y la comunicación no verbal. Eso quiere decir que, a diferencia de la psicoterapia, no usamos la palabra hablada para hacer preguntas y para intercambiar con el otro o con los otros.

¿Puedes usar la voz?

Claro, el canto es fantástico. El canto en sí, la canción, el tarareo, el susurro, todo, la voz, todo el potencial de la voz o incluso puedes decir el nombre de la persona. Incluso puedes saludar al niño y decir “Hola Juan, cómo estás? Hola Juan, cómo estás? Cómo estás hoy?”

Perfecto. Que bonito.

Entonces el niño o el otro, el adolescente, la persona que no quieren a muchas veces hablar lo dicen todo a través. Ellos expresan, expresan su interno, todo lo que necesitan expresar a través de las distintas sonoridades, formas, colores que tengan que ver con los objetos y con los instrumentos que están usando. Ya sean instrumentos rítmicos o melódicos.

En tu experiencia, ¿Cómo responden niños a estos estímulos musicales? Cuando tú haces un tratamiento con ellos, por ejemplo, vámonos a lo cognitivo. Cuando hay niños que vienen con cierto retraso cognitivo o ciertos traumas que los tienen con áreas cognitivas bien limitada. En tu experiencia, cómo has visto que estos elementos de la terapia, de la terapia Benenzon han generado reacciones en ellos?

Es definitivamente es positivo. O sea, partiendo primero que nada que tiene, es muy positivo. Por qué? Primero que nada, porque genera la comunicación, permite la comunicación, se desarrolla todo el potencial de este otro, o estos otros niños, que pueden crear un espacio donde ellos no necesitan el lenguaje hablado y van a poder entregar todo su sentir a través del movimiento, a través de la gestualidad, a través de lo sonoro, ya sea tocando un pandero, ya sea moviéndose, jugando con una pelota e interactuando con las maracas y los sonajeros. Entre ellos socializan también porque empiezan a asistir. Se contienen incluso, dependiendo de los sonidos y las producciones sonoras que se producen inmediatamente ahí, o sea, en cualquier niño, con alguna dificultad o sin ella, es una máquina de la creatividad. Al niño lo pone alerta, le activa todas sus zonas en su cerebro, especialmente la zona musical también, que es maravillosa, porque con esa, obviamente hay registro de personas que han tenido accidentes vasculares, y cuando han perdido esa zona, pueden recuperarse pero a una velocidad impresionante, porque yo he tenido la experiencia de atender personas con ACV. Y logran muchas cosas que nadie era pensado partiendo por caminar. Entonces es maravilloso. Definitivamente la música es vida, es alma. En cualquiera de sus formas, la música es movimiento y es viva, entonces siempre hay música interna en el organismo, aunque uno no sea ni cantante, ni sea músico, ni nada, pero esta su propia frecuencia, su propio sonido. Cada ser humano tiene su propia nota musical, tiene su propio registro y los niños lo aprovechan al máximo cuando tienen la

oportunidad. Cuando se le dan las condiciones, se les da el espacio. Los niños hacen maravillas definitivamente. Son maravillosos porque son tan creativos y tienen una habilidad innata porque su creatividad es maravillosa. De hecho, yo me siento a veces en una clase de musicoterapia, que no es lo mismo que la sesión terapéutica, porque la sesión terapéutica es un proceso musicoterapéutico. Pero cuando he hecho clases de música y movimiento con niños, y los dejo que trabajen con los instrumentos, yo me siento fue y ellos están 15 minutos y no se aburren y están creando todo el rato, todo el rato están creando. Entonces yo voy tomando nota. Porque es tanta la información que te falta, te falta todo tiempo para escribirla. Apuntarla. Pero y de ahí voy recogiendo ideas para mi futuro trabajo.

¿Has tenido la posibilidad de trabajar estos elementos en guaguüita lactantes? ¿Cómo se puede generar apego y música? Porque sabemos que tan chiquititos no pueden todavía maniobrar instrumento ni pueden crear tanto, sino que más bien reciben información. Cómo se trabaja con guiguitas tan chiquitita en la musicoterapia?

Con los bebés realmente con el tema de la estimulación temprana. se trabaja con la con algún cuidador, con la madre, el padre, el abuelo, la abuela, el tío, un hermano mayor, alguien que esté al cuidado del niño o que quiera asistir a las terapias con él. Y hay terapia ahí. En este momento han aumentado mucho aquí en Chile las terapias de estimulación prenatal y posnatal, digamos, sea en los primeros meses de vida y primeros años. Hay lugares donde hay centros que hacen terapia para bebés, por ejemplo de 3 días por decir algo hasta a 2 años. Y esto funciona trabajando en grupos donde va la madre y el niño o la niña en grupitos que puede ser de 4, 6 u 8 personas con sus hijos. Entonces trabajan, interactúa la madre con el niño.

¿Con qué elementos por ejemplo?

Cantan, les contestan usando los sonajeros, usando el canto, en movimiento que están también relacionado con estimulación de los pie, los pies, , digamos el cuerpo en general.

Lo puedes tender en el piso de espalda y le estás cantando y le estás tomándole las manitos, estás haciendo movimiento.

Entonces hay un canto que puede ser incluso también con las canciones que le cantaban. Hay mujeres que en el período o en su embarazo han sido más preocupada de la con su bebé y de tener una cercanía más íntima con el susurro, con la canción de cuna o con el canto, el cual después le sigue cantando una vez que el bebé nació, digamos cuando ya está. Entonces ellos, como sabemos que memoria intra útero, ya el niño recuerda, el bebé recuerda las canciones, los tarareo, algunos sonidos que distingue de la voz de la madre y entonces eso hace que el vínculo sea más fuerte, más estrecho, y eso le permite obviamente a un niño seguro, contenido y con todo va a tener un potencial mucho mayor para desarrollar su todo lo cognitivo, ¿verdad? Todo este mundo se va a triplicar. Porque es como estar en una pileta con todas las comodidades. Es como acunarte, si una pileta con agua tibia, agradable. El agua, por ejemplo, es un buen mediador para crear vínculo con los niños, porque remonta a todo el período intra útero a la parte del líquido amniótico. Entonces, especialmente con los niños que sufren de TEA o de autismo, porque lo lleva a un momento fetal. Y en el agua tibia, sobre todo para trabajar en la terapia es maravillosa porque logra logras tu el vínculo con este otro a través del agua. Entonces el agua no es un instrumento musical, pero produce música porque la sonoridad del agua en distintas formas inspira. El agua tiene las vibraciones. Entonces el agua que cae de un grifo cuando se salpica agüita, poner las manos sobre el agua y todo eso en mi setting de musicoterapia yo utilizó la palangana con agua, sea un tiesto que le pongo agua tibia y los niños ponen las mano, mete las manos y a veces no sólo las manos, los pies también se mojan. Entonces yo le pido a la mamá que le lleven una muda de ropa. Y ahí se logra la comunicación con estos niños, especialmente a través del agua. Siempre está bueno y de ahí que vienen algunos sonidos, no como el palo de lluvia, que lo debes conocer, la clepsidra que un reloj de agua, y todo lo que están relacionados con el agua, el océano que tiene sonidos que, de alguna manera asemejan el mar en el río, el fluir, la gota. Todo eso. Y eso es, no sólo relajante para cualquier persona, es un mediador para el vínculo, pero de lo mejor que hay.

Me contestaste todo. Tienes experiencias muy bonita, porque además como te he contado, no sólo hay que entender los efectos de la musicoterapia y cómo pueden ayudar a los niños, sino que también la realidad que existe en el Sename, para ver si efectivamente se puede hacer algo o no. Cuál es la realidad y las dificultades, porque plantear desde la teoría es una cosa y plantear desde la realidad otra. Entonces también es importante que muchas veces el tratamiento puede partir por capacitación a otros. Por eso encuentro tremendamente valioso lo que me contaste.

Si, yo desde mi experiencia de tantos años, podría por lo menos hacer ese alcance de que no es fácil para y aún así a una persona con tanta experiencia como en el caso mío, que cuando estuve en la residencia fue un desafío enorme y ya llevaba muchos años haciendo musicoterapia. Muchos años en esto, trabajando con niños, con grupo en situaciones bastante compleja. Pero esto fue bastante duro en el sentido de la dura realidad que no se acerca para nada a lo que tú le puedas pensar.

Entonces, yo creo que hay que tener primero acercamientos con las instituciones, acercamientos que no sean plantear como de observación, de ir a impregnarse un poco del funcionamiento de lo que sucede al interior de la residencia, donde uno además de, de alguna manera dirigido por alguien que esté un poco más arriba, que te permita y te dé también la oportunidad obviamente de equivocarte, alguien que te esté de alguna manera supervisando, porque de buenas a primeras no se puede llegar con algo porque es como llegar a un océano, y tu no tienes un norte, o sea, nada, nada para allana para ella va a todos lados y no sabe dónde, cuándo va a haber un orillan, o sea, es infinito. Aún así, por mucha experiencia que uno tenga, es difícil, la oportunidad que yo tuve fue difícil. No digo que todo será igual, pero Sename pasa en este momento con situaciones muy complejas. La institución está en tela juicio de mucho. Yo, como sugerencia, creo que hay que tener acercamiento. Primero he de ir a observar vida, contemplar, conocer, tener antecedentes, lo más posible, y después armar algo más realista, no tan en el aire. Porque es difícil, es bastante difícil y. Y la idea es que sea que tenga éxito, que sea viable el proyecto. Eso es lo importante, que sea viable. Bueno, en ello encuentro que es maravillosa tu idea, es maravillosa. Pero como te digo, sería bueno hacer eso.

Este es un primer pasito, para ir entendiendo todo esto y poder plantear la necesidad que existe.

Claro, eso es una realidad compleja. Para mi gusto, muy complejo, que necesita de mucho avance trabajando, pero mucho. Y donde hay que tener los profesionales idóneos, porque lo que yo te cuento, yo lo viví, lo vi y a mí no me lo contó nadie. La falta de criterio de algunos, voy a decir colegas, pero no era musicoterapeuta. Las condiciones paupérrimas para el trabajo de los docentes que están al interior de la escuela. Piensa tú, en un container con 40 grados de temperatura sin ventilador. O sea, ¿por qué? No pueden tener 6, 7 u 8 profesores que están ahí en la escuelita interna, en un recinto que es un container al fondo, una cancha de futbol de un patio. Ese era el lugar donde los profesores estaban como sala de profesores. O sea, eso es inhumano, completamente inhumano. Pero eso que tenían, porque el es el municipio el que tenía esto al interior tenía esta escuela. Pero si le van a dar educación a los niños, tiene que ser todo bien. Los lugares para que los niños estén, los profesores para que tengan un buen pasar también y puedan entregar bien su trabajo. Eso es lo que falta. Entonces, si no hay condiciones. No sé cómo en el siglo XXI. Estos profesores y realmente les saco el sombrero. Pero es como casi ya la procesión de con espina en los pies, en la cabeza, en todos lados, es terrible. Yo vi a su colega trabajar ahí y lo digo con toda claridad. Porque lo vi, lo vi en sí que a mí me tocó. No había donde estar. No había nada.

O sea, le dicen si van a tener, van a dar a estos niños, pero de repente estaba en una cosita que le pasaban que eran dos por dos, y llegado a los niños no hay espacio para que se muevan. O sea, no están las condiciones, quieren pero tengan sala. Así que bueno, yo diría que qué bueno partir haciendo visitas de reconocimiento, de buscar a la institución que uno quiera ir o conseguirse lo permiso o lo como sea para entrar o conocer, hacer una visita guiada y partir de a poco. Ir viendo, observando y anotando, apuntando, apuntando. Y después, cuando uno ya tiene toda esa información, es como una anamnesis geográfica. Y

después, entonces partimos con el proyecto porque hay que aterrizarlo. Eso es lo que por lo menos de mi experiencia, de lo que yo podía comentarte.

8.2.3 Entrevistado 4 (E4)

¿A qué te dedicas?

Bueno, yo soy profesora básica, es mi profesión y hoy en día soy dueña de casa y me dedico también a hacer voluntariado, en cuidar a niños que están listos, ojalá lo antes posible listos para adopción. Me dedico a eso.

Cuánto tiempo llevas en el voluntariado? Y dónde trabajas y dónde y dónde eres voluntaria?

Si yo trabajo en la Fundación San José para la adopción, concretamente la Casa Belén. Que en la casa en la cual, una de las casas, en las cuales están las guaguitas y los chiquititos, pero en su proceso de adopción. Llevo no sé cuánto ya. Yo creo que unos 13 años por lo menos. Al menos hartoo tiempo. Si, hartoo tiempo.

¿Cómo describiría en términos generales tu experiencia en la residencia?

Mira, la verdad que bueno, difícil resumir 13 años en palabras, es una experiencia preciosa. La verdad lo primero que me sale para decirte es muy enriquecedora. De aprender mucho, de sobre todo de ejercitar la humildad. Uno llega ahí a la casa, con muchas ideas, con

mucho prejuicio, tal vez con muchas ideas preconcebidas de sentencias condenatorias, de cómo es posible que den en adopción, y cosas que uno al correr del tiempo, el correr de los años, te vas dando cuenta que existen motivos, existen razones que uno no está ahí para juzgar.

Uno estaba para acompañar, digamos, y para sacar adelante a esos niños. He tenido experiencia fuertes en general, he estado apegada a varios niños, sobre todo una niña, tuve mucho tiempo pegada con ella y despegarme fue difícil. Veamos, el desapego fue difícil, fue duro, pero al final de cuentas muy gratificante. La verdad que muy gratificante hacer este trabajo. Hacerlo en la medida que uno pueda. También en el sentido que de repente uno tiene muchas ganas de hacer cosas o muchas ideas y te das cuenta que el sistema, las leyes, los reglamentos no te lo permiten.

Entonces también es un ejercicio poder aceptar que puedes hacer hasta un punto, digamos y lo mejor que tu puedes hacer hasta ahí. Así que en términos generales, muy muy enriquecedora. Una experiencia excelente.

¿En qué situación llegan los niños? ¿Cómo los has visto tú? La mayoría.

Sí, mira. Es difícil generalizar porque la verdad que a mí me ha tocado ver de todo, o sea, de todo, en el sentido de me ha tocado ver llegar niños con carabinero. Que tu te imaginarás, digámoslo, lo traumático que puede ser. Que te saquen de tu casa con carabineros, niños de un año, de meses digamos, o de año y algo y te entreguen a la residencia y me ha tocado. Me tocó muchos años en la Fundación. Tiene además dos residencias, tiene una casa de la mujer embarazada para mujeres en conflicto con su embarazo. Entonces en esa casa se recibe a estas mujeres y alguna libremente se desisten de dar en adopción y otras confirman. Entonces me tocó muchas veces ir a buscar a guagüita y eran de casa de la mujer embarazada. Entonces pasaba yo por la casa de la mujer embarazada, sacaba unos papeles legales y me iba a retirar esta guagua. también guaguas a los hospitales, que llegaban en súper buenas condiciones. Digamos que han sido embarazo y a lo mejor no deseado, pero muy bien. Cuidado, muy bien cuidado, muy

responsablemente. Hay otra vez de que me ha tocado estar con, con guaguas o con niño completamente desconectados, o sea, son niños que y que ni siquiera son capaces de seguirte con la mirada. O sea, tienen una mirada al frente y rígida, no se conectan. De hecho tuve un apego con uno de ellos, que te lo puedo contar más adelante.

Entonces la verdad que tu me dice que en qué condiciones, y llegan en todas las condiciones. A veces llegan niños un poco más grandes, no guaguüita solamente. Y son niños que están en temas judiciales. Por muchos motivos, porque la mamá puede estar en drogas, porque hay vecinos que denuncian un maltrato y los sacaron. Sí, a veces, y muchos de ellos llegan bastante traumatizado y bastante dañado.

Sí, sí, incluso a veces con muy pocas habilidades físicas. Niños que se deberían estar parando ni siquiera gatean. Nos tocaron un par de mellizos, por ejemplo, que tenían un año y que después supimos que los papás los tenían encerrados en un corralito. No se podían ni siquiera mover para la edad que tenían, entonces súper atrasado en toda su habilidad, en todo su desarrollo. Entonces la verdad que tú me dices en qué condiciones llegan. Hay de todo, hay de todo. La verdad que si, hoy no te lo podría generalizar, si.

¿Cómo ves las posibilidades? Yo sé que tú, tú trabajas en la Casa Belén, pero probablemente también conoces experiencia de otras personas que han trabajado con distintos niños en distintas residencias, distintas casas. Cómo ves las posibilidades de que las residencias puedan entregarle a los niños atención específica?

A ver, concretamente en la casa Belén y en la Fundación. Si, yo te diría que se partió de una cosa muy general. De tener estas guaguüitas en adopción y se ha ido profesionalizando. Es decir, hay atención profesional en términos de que hay psicólogo. Dependen de la casa central de la fundación. Hay una dupla psicosocial que ve un poco el historial del niño, en qué condiciones legales están. Concretamente en la Casa Belén hay educadora, hay una educadora, hay una kinesióloga especializada y hay una psicóloga. Y ahora siempre es poco, siempre es poco, porque siempre son los requerimientos de los niños mayores a lo que será. O sea, tú tienes que cumplir con horas médica, con vacunas, con un montón de

procedimientos. Cuesta un poquito que la educadora se dedique 100 por ciento ser actividad. O sea, hay actividad profesional dedicada a los niños, pero es insuficiente. De todas maneras y me parece a mí, que en el resto de las residencias o por ejemplo en los mismos hospitales donde están muchas veces no, no hay profesionales dedicados digamos, a poder estimular o ayudar a sacar adelante los niños. Muy poquito, muy poquito.

Tú ves algún tipo de evolución en su en su proceso o en su paso durante la casa, la residencia. O sea que hay un cambio,

Hay un cambio de todas maneras, de todas maneras, yo diría que hasta el cambio en los niños que vienen de los hospitales, porque fíjate que a mí también me ha tocado mucho ir a acompañar a los niños que están en el Calvo Mackenna, que están internados por algún motivo y con y te estoy hablando del personal, de las auxiliares, de las enfermeras, de todo se dan el tiempo de estar con esos niños para dedicarle tiempo a sus niños. Esos niños llegan a veces en mejores condiciones incluso que los que son sacados de un hogar, de un hogar paterno y materno. Y obviamente que el niño o la guagua, o el que ha tenido un poco de atención, un poco de apego y llega obviamente en mejores condiciones de desarrollo que el niño que está, no sé porque los saca los carabineros o el tribunal manda a buscarlo. O sea, si hay cambios, obviamente en el campo se oye.

Y en relación al mismo apego, cómo ves tú a los niños en relación a éste? ¿Cuál es su relación, cómo lo enfrentan o cómo como lo manifiestan? Y qué hacen ustedes en relación a eso?

Mira, yo te cuento un poco, nosotros somos voluntarias, somos voluntarias de una sala, de una sala que te asignan, donde hay pueden haber muchas. Me ha tocado estar en una sala con 10 guagüitas o a veces con niños más grandes. Depende la necesidad. Te van asignando y tú eres voluntaria de todo, de todos esos niños. Cuando hay casos especiales en que se ve que hay un conflicto psicoemocional, la gente de la residencia hace un estudio y le pide algunas voluntarias que hagan un apego con ellos. Al principio era algo muy intuitivo, porque tú te ofrecías como voluntario y a lo que ibas era a ayudar a dar papa, a mudar, a

bañar. En fin, una cosa que a ti te salía espontáneamente. No había una inducción, no había algo que te enseñaran uno de a poco lo va aprendiendo con el tiempo.

Yo te puedo contar dos experiencias concretas. Por ejemplo, yo estuve muy pegada a un chicoca que, obviamente es la más linda que ha pasado por toda la casa, porque era mi niña. O bueno, bueno, era tremendamente extraño porque ella lo vomitaba todo. Por ejemplo, le daban papá la vomitaba. Era una guagua que tú le tenías que dar papa y la dejan como sentadita en esa silla nido y que nadie la tocaba porque si se movía y vomitaba todo. Y exacto. Y era muy cascarrabias y muy llorona, como una guagua malhumorada. Yo de a poco empecé a hacer cara de ella y. Y finalmente me pidieron que fuera su apego. Ella estaba en un proceso no de adopción, sino que estaba en proceso. Su mamá tenía temas con droga, no la podía tener, a pesar de que se la habían dado los tiempos para rehabilitarse. La idea era que se fuera a un hogar constituido por la hermana y la mamá, que tenía un hogar muy bien constituido, digamos. Y todo ese tiempo en tribunales la tuve yo de apego, que fue más o menos larga, digamos. Fue un año, ocho meses. Entonces fue como muy largo. Fue largo, sí, largo. ¿Cómo logré unirme a esa niña? No te lo puedo explicar en términos muy técnico, pero lo que sí te puedo contar es que mediante el acercamiento físico respetuoso, no una cosa impositiva, sino que una cosa respetuosa. Yo, a pesar de que me fue siempre muy mal en el tema musical, tanto en el colegio como en la universidad y que canto pésimo. Pero fíjate que increíblemente he utilizado el tema de la voz y del canto para acercarme a los niños y cantándole. Sin reírse, por favor. Pero cantándole canciones muy, muy antigua, como no sé. Caballito Blanco, Los tres Chanchitos o La niña María o lo que me salga en el momento, pero en una cosa muy personal. Y es increíble lo que ese canto, mal canto de mi parte, pero esa conexión que tú haces, a esta guagua le llama la atención, fija su mirada y se conecta contigo. Es impresionante. Incluso, ya ni siquiera con el canto, con la sola voz, por ejemplo, yo ocupaba otra técnica para no ser tan invasiva, la tomaba en brazos, me la ponía al lado, me ponía a mirar por un ventanal con ella, ella también mirando el ventanal, pero yo hablándole. Y se produce una conexión con esto de la voz y con esto de que a veces el mirar porque habían devoluciones de vuelta y finalmente, después de un periodo largo se logra una, una, una relación de un apego. Que es un poco indescriptible, no sé cómo, como poderlo llevar a palabras. Te conoce tu voz, te reconoce,

se pone contenta cuando te ve y se enoja también hace todas las pataletas. En otra instancia de apego que a mí me encantaba era el tema del baño. No sé si actualmente está muy permitido, pero antiguamente las voluntarias bañábamos a los niños, y es una cosa muy rica porque además también tienes que ser muy cuidadosos con su intimidad. Pero el hecho de poder tocarla, que esté desnuda la guagua, poder secarla, ponértela en brazos un poquito, crea otro vínculo, ¿me entiendes? Crea otro vínculo. Bueno, en esos tiempos también había otros permisos, también que hoy día por otro tema más, digamos legales, lamentablemente se han quitado. Nosotros antiguamente, teníamos permiso de sacar a las guaguas. Yo traje muchas veces a esta guagua, y no voy a decir el nombre por un tema de privacidad, pero voy a mi casa, salí con ella y cuando ya estaba más grande fue muy impresionante. Por ejemplo, cuando la saqué a la calle, la primera vez que ella escuchara un auto y escuchar una micro, estaba bastante asustada. O por ejemplo, te cuento, cuando la llevé a un supermercado y la senté en la parte del carrito, esto de ver gente estaba súper asustada.

¿Cuántos años tenía, cuando la sacaste?

Pues seré cerca el año un poquito menos a ese chico chica, chica, chica. Sí, esta chica. Sí, sí, sí, pero.

Pero claro, no son niños que están acostumbrados a compartir, entiendes? Ni con adultos ni con nada. Entonces todo es muy nuevo y al principio muy asustan. Te entienden, no? Claro, claro, claro. Otra experiencia. No sé. Mi hija fue voluntaria también de esta casa, Belén, y ella se enamoró de mí, un niño que era un poco más grande. Era un niño que ya caminaba, año y medio y también había tiempo para sacarlo. La primera vez que lo sacamos, por ejemplo, a los juegos, unos juegos que habían en el Alto Las Condes, fue todo un tema. O sea, no se atrevió a subir a la escalera automática, no se podía subir a los juegos inflables. Era todo un terror porque exactamente porque no saben. Y cuando tú te acercas y lo haces, de a poquito vas, vas viendo cómo son estas verdaderas esponjita que van, van absorbiendo y que tú ya les has creado la confianza. Están contigo con un lazo de cercanía y de confianza. Que le pasó a mi hija, digamos y a mí, la verdad que es maravilloso, es una cosa que tú ven los cambios y no lo puedes creer, fíjate que.

Te quería comentar otra experiencia que tuve en poco antes de la pandemia con otra guagua, pero este era un guatón, era un niño. Y me pidieron apego por que este chico no se conectaba. Él tenía la mirada al frente y tú prácticamente no lo hacía reaccionar con nada. Era bien problemático, porque tú decías que hay un cuento afectivo difícil, muy difícil, muy difícil. Y me pidieron esto y me dijeron que tenía que ser rápido en realidad, porque el niño estaba en proceso de adopción. E iba a ser muy traumático para los padres que venían lograr este. Bueno, me puse a trabajar con este chico Lo primero que hice es buscarle la mirada. Tú lo primero que haces es buscarle la mirada que la sostiene un minuto, un minuto, mucho menos de un minuto, digamos, y le vas buscando la mirada. Y después con estos cantos que te cuento yo ah, del caballito blanco. Y con eso van siguiéndote un poquito más y van fijando la mirada contigo, y con elemento sonoro poco más, digamos cascabeles o alguna cosa que le puede emitir un ruido que les llame la atención, les centres la mirada hacia ti. Y fíjate que es tan impresionante que yo te diría que, a ver, en tres meses, en tres meses se logró una comunicación. O sea, era otro niño, otro niño, un niño desconectado, que no podía interactuar, que no fijaba la mirada, que no se relacionaba y con pequeñas cosa se logró, digamos, no se que decir, que superar y vencer, no tengo idea, esa carencia, digamos. Y en el momento que llegaron sus padres, sus padres adoptivos a buscarlo. Fue muy bonito porque antes la voluntaria, no participaba en eso. Va dependiendo de cada caso. Y en este caso concreto me tocó a mí participar mucho de esa, de esa entrega, de ese traspaso, tal vez por este apego que yo había hecho. Y fue muy choro, porque la mamá que a veces se produce un tema, un poquito de celos o que se. Fue muy lindo, porque ella está realmente abierta a recibir toda la experiencia que yo había logrado con él, digamos, y fue tan receptiva, que el paso, de este guatón mío, hacia su mamá fue en nada, en nada. Fue maravilloso. Se logró este paso y te quiero contar una cosa más.

O sea, la mamá aplicó la misma metodología,

La mamá recibió exactamente lo que yo le estaba diciendo como de una forma tan abierta, me entiendes o no? Sin recelo y al contrario, me decía “¿Cómo hiciste esto? Muéstrame.

Ya, pero la mamadera, cómo? ¿Cómo lo pones tú?” “No, yo lo pongo a así” “Ya sabe, pero lo vamos a bañar, pero te puedes quedar”. Si mira, fue de una forma que ellos no me veían a mí como competencia. No sé cómo explicarte como eso se siente. Entonces el traspaso de esta guagua fue maravilloso. Fue maravilloso porque ellos lo reciben, y lo que te quiero contar finalmente que eso si no te lo puedo explicar, porque es algo, no sé qué decirte, la verdad, y lo he visto varias veces en. Cuando se produce este apego con estos padres, se produce al tiro la desconexión conmigo. En una cosa como mágica, no sé cómo explicártelo. No tengo idea, pero lo he visto en esta guagua que lo viví yo, y lo he visto en otras guaguas. O sea, se produce la conexión con tus padres adoptivos y contigo se produce el desligue. Es una cosa maravillosa. No sé cómo explicarlo.

Cómo una cosa media adaptativa, como que el niño como que se adapta, es una realidad.

Además de todas las canciones, Tu le hablas, le cuenta van a venir papá, te van a venir a buscar y estos son tus papás que tuvo con los que te vas, vas a formar familia. Y yo creo que todo esto el niño lo va. Y adquiriendo no sé cómo, no sé cómo explicarlo de otra manera, porque la verdad es que sí, de porque, a ver, hay un traspaso hacia los papás. Primero los papás vienen un día, un ratito, después vienen toda una tarde, después vienen un día entero. En fin, no es tan brusco. Pero yo me di cuenta en varias entregas de las cuales he participado. En que cuando es buena la conexión, porque el niño está ya, listo para entrar esta familia, no quiero ponerte el tema sanado, pero el tema digamos, como ya con sus habilidades más abiertas, a no tan el daño que venía, a se produce fácilmente esta conexión con estos padre y pum! Algo se cae contigo, algo se cae, yo me di cuenta porque me lo llevaba a su cuna y qué sé yo. Y sí, estaba bien, pero ya no era lo mismo. Es una cosa muy mágica. Los niños tienen esta, no sé que decirte, pero esta estas posibilidades infinitas de poder cambiar las duras realidades que les toca vivir. No tengo los términos técnicos que explicártelo, digamos, pero. Pero sí, eso se vive cuando tú aplicas un buen apego, una buena cercanía y conexión con la voz.

Estamos volviendo al voluntariado después de la pandemia. Muy poquito. Muchas medidas de seguridad, con mucho protocolo y muy triste porque contó con mascarilla. Entonces los niños solo conocen tus ojos y les canto igual, le canto exactamente igual. Hoy día tuve además de mi turno y tuve dos salidas con niños a doctor y a vacunas. Cantaba igual. Pero claro, el niño no te conoce. Lo único que te ven es tu ojo. Entonces muy penca porque? Porque la cara es muy expresiva. Además de la voz tienes que conectarte. Como se puede. Así que eso es un poco. Las conexiones que uno hace. De los apegos que me estás preguntando.

8.2.4 Entrevistado 5 (E5)

Muchas gracias por estar aquí conmigo y por compartir su experiencia. Bueno, Isabel, cuéntame un poco a qué te dedicas.

A ver, es curioso, yo hago curiosidades porque por qué hago curiosidades. Hago de todo un poco. Yo trabajo en una empresa de publicidad. También hago este voluntariado también. Bueno, soy mamá. Bueno, todo lo que eso conlleva, cantidades de cosas en relación a manualidades y demases. Soy inquieta, muy inquieta y por sobre todo, me encantan los niños. Creo que es como quien dijera a mi cable a tierra ya desde hace mucho, desde la fundación de 22 años.

Cuéntame un poco acerca directamente tu voluntariado. ¿Cuántos años lleva? ¿Dónde has trabajado? ¿Cual es tu experiencia?

A ver, yo como voluntaria en la fundación llevo 22 años en la Fundación San José, en Casa Belén específicamente. También he sido voluntaria derivada de Casa Belén, por una niña que fue entregada a Casa Belén por la familia, pero que por problemas de salud estuvo en

CONIL. Ya entonces tengo como las dos realidades o las dos experiencias en dos casas de niño, uno con como es Belén que es niños en protección de niños para ser baja en adopción. También he sido FAE que se llama a haber sido casa de acogida. Fui como 2 años casa acogida y, por lo tanto, te puedo contar lo que he visto en Casa Beléb, que es lo que vi en CONIL y que lo que vi en mi experiencia personal con los niños que tuve en mi casa. A ver, en casa Belen cuando yo entré en los niños eran todos para ser adoptados, no había niños en protección. Después la ley empezó a cambiar y la cosa empezó a derivar. Y también había niños en casa Belén y había niños en casa acogida. Y yo tengo una predisposición, por así decirlo, a niños que tienen dificultades, o sea, niños que vienen más entre comillas dañados, que tuvieron un embarazo o situación difícil, un embarazo muy rechazado, etc., etc. Porque no todos los embarazos son iguales, no todos los niños llegan en las mismas condiciones, no todos los niños llegan tan terriblemente dañados como como algunos no. Algunos llegan con psicológicamente muy dañados y otros llegan por problemas de salud con distintas enfermedades, discapacidades, etcétera, etcétera. Bueno, cuando empecé en casa Belén, la metodología de trabajo era básicamente bueno, tú te encargas de un niño, lo atendía, trataba de mantenerte con ese niño en el mayor tiempo posible, o sea, tu turno era dedicarte a ese niño en general. Cuando yo me di cuenta que bueno, daba la posibilidad que uno se trajera niños a la casa, yo empecé a traerme, y de hecho me empezaron a entregar todos los niños que tenían más dificultad. Sea el más silencioso, el más abandonado, el más tranquilo, el más dormilón o el más llorón, o el que dormía nada, o el niño con que muy tenso o que tenía qué sé yo, con un reflujo más o menos con problemas respiratorio. Esos eran los casos de niños que yo he tenido la casa ¿Por cuánto tiempo? Era tan relativo de quedadas de recién nacido a un año y tanto. O sea, no es que no es que me diera o no, es que yo nunca elegí a los niños. Es bien curioso, salvo una que me que me fascinaba. Es así, lo elegí, lo reconozco, pero en general eran niños que me decían “mejor llévatelo tu, yo sé que contigo, cariño, va a cambiar, este niño de alguna manera va a reaccionar”.

De hecho, con uno que es bien divertido en relación a la música, yo, sino también terriblemente inquieta en muchas cosas, como te digo. Y en un momento yo estaba con clases de música clásica, de interpretación, de estudio, de historia de la música clásica y en

ese momento yo tenía las clases y estaba con un niño que tenía tres meses acá en la casa, un niño que yo sabía que había tenido un embarazo difícil y porque claro, me los traía a la casa y le decía por favor, díganme un poco la historia de este niño, porque de alguna manera tengo que saber por qué está con tal problema o de falta de sueño, mucho sueño o un problema alimenticio, o qué sé yo. Explíqueme un poco para poder entender este cuento. Bueno, y ese niño yo me lo llevaba a clases. Iba a clases de ópera me tocaba cantar, me tocaban que se yo tantos instrumentos, qué sé yo, da lo mismo. Y ese niño se empezó que tú te mueres, como se empezó a interesar en la música. Para mí fue increíble. De hecho, no podía creerlo porque era muy chico, como te digo tenía como tres meses.

Ah súper chiquito

¡Chico! y le ponía música.

¿Y qué veías?

Cómo reaccionaba, cómo se tranquilizaba, cómo comía mucho más feliz. Era un niño más relajado. Dormía mejor. Era más sonriente. La vista la fijaba. Tú te dabas cuenta cómo buscaba la música. Bueno, yo he sido mucho de música clásica en la vida entera, de mi familia y que si oyes algo que para mí es importante. Oigo de todo, pero. Pero la música clásica para mí es clásico, o sea, es importante y bueno para hacerte el cuento corto. Este niño, cuando se fue en adopción, yo les dije a los papás: Este niño tiene un oído musical. Y por favor, por favor, desarrollándolo este niño, póngale tales cosas de música, tales conciertos de que se yo tal interprete o que se yo, y van a ver la reacción que tienen, me miran, es de loca, no puede ser. Si te lo digo, te lo digo porque lo sentí, lo vi, lo viví con él. Bueno, hoy día ese niño está bastante más grande, evidentemente tiene más de 20 años y toda la vida le gustó la música. Fue un niño que a los 5 años exigió tener clases de instrumentos. Hizo instrumentos, es un niño que ha construido instrumentos, ya que tiene un oído increíble. Me acuerdo la primera vez que los papás lo llevaron a un recital. Tenía seis años. Cuando me contaron, yo dije considero que es un poquito chico, y fue a un recital tarde, en el Estadio Nacional me acuerdo, y llegó fascinado, fascinado, fascinado. Me

llamó la mamá y me dijo “Te juro que yo siempre pensé que era invento tuyo”. Me dijo que fuera tanto el interés por la música ha hecho tan bien, no solamente instrumentos musicales, sino que también ha hecho parlantes. Hoy en día no estudia algo relacionado con música, pero si sigue haciendo cosas con música. Y gracias, como te digo al contactarlo algo, o sea mostrarle algo.

También las voces tienen mucho que ver. Cuando a ti te dicen típico de guagua chica: “No, no hables fuerte. No grites, no le pongas música”. No se trata que hables a gritos nada. Pero si tú hablas en un tono que es normal, tú ves que el niño empieza a mirar, a observar, empieza a buscar. Si le cantas y le repites también por experiencia con mi hijo, sea me acuerdo a la lectura o que sé yo, que lo he visto también con algún primo hermano o que sé yo quién sobrino.

Tengo una sobrina de 8 meses. Yo soy de una familia tremendamente musical y mi sobrina, o sea, mi hermano le canta, le saca la guitarra y ella se le iluminan los ojos, como si aquí viniera el amor de su vida y se vuelve loca.

No es lo más insólito, les fascina o si es una cuestión que es muy fuerte en los niños, la música y hay mucha gente que lo malinterpreta y dice “Es exageración, para qué lo voy a hacer”, Y si le voy a mostrar algo que no le interesa o que me interesa a mí. También con mi hijo, también música clásica de chico. Él oye mucha música, mucha música, mucho más que yo de alguna manera hoy día, porque yo estoy como más silenciosa en la casa de y casi no oigo música o yo nada más que básicamente en el auto. Me gusta, me encanta, no, pero él de chico, o sea, la radio Disney, se sabía las canciones pero de la primera a la última, o sea en una cosa de las letras y es soy capaz de cantarla. Le encanta la Play, le encanta la música y yo lo noto. O sea hoy día, sin ir más lejos, estuve con una guagua de dos semanas y media. Y le estoy conversando. Lo que pasa es que hoy día, desgraciadamente, hay una cosa que va en desmedro: el asunto la mascarilla. Porque nosotros tenemos que estar con mascarilla ahora, y la expresión nuestra, el niño o niña no la sabe entender fuera de los ojos, la guagua no la alcanza a distinguir, no alcanza a distinguir el movimiento de la boca: si tú estás sonriendo o no, si estás enojado o no, si estás con un puchero, no entiende, te ve

solamente los ojos y si tú no eres expresiva con los ojos Claro que lo vemos, nada. No porque lo oído. Hay niños que tú te das cuenta de que tienen problemas de oído. Porque no, no reaccionan. Y si tú te das cuenta tarde, por suerte hoy día se hace un examen al mes de oído en un mes o dos meses. Por, por como se llama, por el protocolo. Pero antes había muchos niños sordos y no se habían dado cuenta hasta los 6 7 años que en el colegio pasaba volando

¡6- 7 años sin darte cuenta que un niño no escucha!

Claro, porque lo encontraba lento, punto. No pensaba que podía haber sido sordera.

¡Qué fuerte!

Hay muchos niños que quedaron sordos por haber tenido un otitis no tratada. No pesquisaba tiempo. Y y eso es un problema cultural. O sea, no, porque claro, evidentemente pasa más y gente quizás que tiene menos medios, menos educación. Que no le dan importancia aún a un dolor de oído o a un problema así. O sea, el niño más lento. Punto.

Qué heavy. Oye, ¿Qué tipo de situación, patología has observado tú, que has trabajado con niños que vienen con estos problema, por la situación que vieron ante. ¿cuáles sí o como las principales que te ha tocado ver? Me comentabas que no comían, que dormían, a lo mejor mucha maña, poca maña, que no conectan con los ojos con las que más. Y ¿cuál es el trabajo que, en tu experiencia genera un cambio en ellos?

Mira en otro caso, este caso de una niñita en CONIN que independiente de los problemas alimenticio que tenía o que sí que tenía porque ya no lo tiene. También tenía un problema, o sea, yo notaba primero que nos fijaba la vista. Segundo, tú le hablabas y te evitaba. Bueno, fue una niñita que hasta el año y medio, más o menos, no aceptó nunca nada por boca. Ya, o sea, la alimentación era por sonda, boca nada.

Y es tan natural para una guagüita comer por boca

Entonces, cuando yo recién la recibí, era un animalito, me entiendes, porque no te fijaba la vista, no comía y no te fijaba la vista. Otra cosa es que te pusiera cara de atención cuando tenía atención. Cuando yo la recibí, esta niñita tenía como cinco meses. Mas o menos. Y a mi me pidieron que, por favor, que lo único que harían en este minuto básicamente era que al menos lograra esta niñita, seguirte con la mirada. Nada más. En ese momento la doctora de CONIN y la psicóloga, las dos me dijeron mira, lo único que pretendemos, porque evidentemente aquí no le podemos... CONIN tiene un sistema distinto a casa Belén, digamos, o a los lugares Sename, porque en CONIN te permite a los padres, porque en general, son niños que están por problemas alimenticios, y están con los padres biológicos presente.

En general niños con problemas alimenticios, pero hay una variedad enorme de cosas que pueden provocar algo así.

Básicamente, claro, eran básicamente problemas alimenticios. Son básicamente problemas lentisco, pero también pueden ser niños con down, o niños con cierta discapacidad neurológica o problemas neurológicos que se les produce problema alimenticio también o niños con sobrepeso, o sea todo tipo de. Pero en relación con básicamente alimenticio y en con en esta o el padre o la madre presente. Son ellos los que tienen que ir todos los días y quedarse con el niño y alimentarlo y que se yo, y hacer el apego, o jugar o entretenerlos, hablarle, cantarle, etc., etc. Y esta niñita había sido como como había sido entregada a la Fundación, para que fuera dada la opción. Pero por su problema que le dio un infarto cerebral al nacer, por problema en el parto y tenía una cantidad de discapacidad increíble. La deglución, que nos deglute era la casi lo menor. Era importante, sí, pero las otras cosas eran grandes también. Bueno, y como te digo, me pidieron por lo menos que te siga, que siga con la mirada. Y gritaba como una bestia. Gritaba mucho, mucho. Su forma de revelarse al mundo era gritando, era rechazándote. Y claro, que un niño se te pone a gritar ,que hace una persona que no es la madre, la abandona. Yo sigo con la que sigue. Si me va a gritar y me va a molestar, la dejo. Y yo dije no, no me lo va a ganar a mí. Esta cuestión va a ser un desafío para mí. Si me demoro una semana o un mes, bueno, veremos. Era una

niñita que tampoco te seguía con la mirada, no te oía nada. Yo ahí empecé a insistir, insistir, insistir. Por favor, por favor, hagámosle un examen de oído, porque además, aunque uno no lo creas, y tú seguramente lo has estudiado el oído, la nariz y la boca están súper unidos, súper unidos. O sea, si te falle a uno te pueden fallar los otros y si no tienes una buena conexión con mayor razón. Entonces empecé a sentir, empecé a insistir, qué sé yo, ya finalmente le hicieron un examen de irme, pero no, oye, estoy segura, yo creo que no, pero bueno, ya los doctores saben más que yo, pero yo lo veo de esta manera. Después también tenía problema la vista. Y bueno, el hecho es que como a las tres semanas ya me miró, me miró, me fijó la mirada y como ya te aceptó, sé mi amiga.

¿Qué hiciste? ¿Qué trabajo hiciste con ella?

Masaje, conversa, cariño, apego, cariño, cariño, cariño, cariño, regaloneo, acercármela, jugar con ella, tratar de jugar con ella y tomarle la mano.

Parece súper importante como el darle cuerpo al apego. Entender cómo se hace apego. Porque claro, lo hablamos en términos generales. Pero aquí es bien complicado porque cada niño es distinto, entonces cada niño necesito una cosa diferente que el abrazarlo, que hacerle masaje...

Los niños en principio son muy reacio a que tú los pesques, no les gusta mucho, como que hay que pedirles permiso. ¿Te puedo abrazar, te puedo dar un beso, te puedo mirar, te puedo hacer cariño en la cara?. La cara es una cosa que los niños en general rechazan. Es súper curioso el que tú le hagas cariño, sobre todo alrededor de la boca y no, no, no.

¿Esto te ha pasado con muchos niños?

Sí, es como de ellos. O sea, no, tú no te metas en mi terreno, en mi cara, en mis facciones. Si yo te permito, sí, pero tócame el cuerpo. Pero mi cara no, no. Entonces el cuello también. Bueno, y ahí empezó, con los beso en el cogote, como con cariño, en el cogote, en los hombros, la piel, la planta del pie, la mano. Cuando ya te pescan la mano, te pescan el dedo,

te ponen su mano en tu dedo y te lo cogen con fuerza. Tú como que te empiezas a dar cuenta de que sí está dispuesta a que yo le haga cariño en la cara. Me va a aceptar que yo le haga cariño a la cara. Y eso también conlleva a que tú le puedas dar una mamadera tranquilo y que se la tome tranquila, que se relaje y lo más importante, una guagua que esté relajada, o sea, que tú la logres relajarse. Tal vez una guagua tan tensa. No vas a lograr nada. ¿y cómo lo relaja? O puede ser con música, con canciones, con nanas, como dices tu. Con canciones, cualquiera que sea, da lo mismo. Puede ser. Claro. Ojalá no fuera reguetón. Pero en los hogares te toca el reguetón, porque la cuidadora o la persona que está ahí constantemente le gusta esa música y la pone. Y bueno ya. Pero, es súper importante el que uno tenga, no es la habilidad, sino que tengas como el ojo de darte cuenta que el niño necesita otras cosas, que necesita una preocupación, que sea para él, no que sea que tú estés mirando porque a lo mejor estás con otro adulto al lado y obviamente a lo mejor vas a tender a conversar con el adulto. Pero necesita atención para ellos, y tampoco le gusta mucho compartir la atención con los otros niños que están en la sala. Son más bien como eres mía, es mía y no tengo por qué compartirte.

Tampoco tienen tanta atención. O sea, no, tienen un no un objeto, como es un niños con su mamá.

Exacto y con esta niñita, como te decía en CONIN, que después nos dimos cuenta que tenía el problema la vista terminé yo llevándola al oculista, los anteojos ya perfecto. Y ahí como que evidentemente ya hubo mayor interacción con uno porque veía, si tenía un problema serio, antes veía formas, pero no veía figuras. Y ahí empezamos a trabajar con el cuento de que a ver si me acepta o no comer algo y jugar con ella. Me acuerdo que la primera vez me dijeron no, que tú me tienes que dar, y que se lo hice escondía.

Tiene que ser solo leche. Y yo dije lo siento mucho, ni llorando le doy solo leche y le puse un pedazo de chocolate en la boca. Da lo mismo. Escondida por supuesto, porque si me pillaba que yo le está dando chocolate, me iban a matar, una guagua que ese minuto tenía como 3 meses, era un crimen.. Muy bien, no puedes, no debes. Y no, no me soy un huevo, pero chocolate bueno. Espero que no sea alérgica al cacao con toda la cantidad alergias hoy

día tu sin duda dejo la crema. Me acuerdo que después le dije a al doctor le conté lo que hice. Le dije “yo hice una maldad que nunca conté y le di chocolate” y me dice “que buena idea, probemos de nuevo”. Y ahí empezó la kinesióloga también hacerle ejercicio alrededor de la boca con la lengua y para que pusiera la lengua en una forma en la cual pudiera aceptar lo que era comida. Porque si no tiene la forma, o sea, la lengua no está acostumbrada y no sabe tragar, no aprende a tragar. Ahí también no se sentaba, o sea, movimiento, era súper lenta en muchas cosas. Bueno, finalmente apareció una pareja maravillosa que quiso adoptarla y yo estuve no sé como dos años, estuve harto tiempo con ella. Y me dicen bueno, va a ser presentado en tal fecha, y le dije no, no, no, en unos días más porque yo la voy a hacer pararse. Yo la voy a hacer pararse. Yo quiero que la conozcan cuando ella esté parada, no esté sentada o que esté gateando. Y finalmente me dijeron bueno, ya perfecto, pasó esos días y ocurrió lo que dije. Aparecieron los papá y ella miró al papá, y se enamoró profundamente. Fue una cosa increíble. O sea, fue amor a primera vista, pero absolutamente. Y a la mamá como que la rechazó. O sea, no, no te quiero a ti aquí, quiero a él. Al día siguiente ella de nuevo. Y me creerás que ese día, al final de la reunión, o sea, al final del presentación, se paró. Me miraban a mí como ejemplo de tal, era una sala en que había vivido todo alrededor y había gente mirando que lo que iba a pasar porque tenían su concepto una niñita y ese hombre araña peluda durante mucho tiempo. Y. Y cuando la ven que se para, me mira y me dice no puede ser. Yo salí. Jaime, o sea, ella. Cuando se paró yo salí de la sala y la mirada fuera me dice pero lo lograste. Bueno, es que ella sabía para cuándo tenía que hacer lo que tenía que hacer. O sea, es increíble como uno ve como cambia un niño cuando su situación se soluciona. O sea, cuando es en el caso un niño que va a ser entregado en adopción cuando es presentado su familia, ese niño vuelve después de ese proceso que ha sido presentado y vuelve distinto. Vuelve instinto absolutamente distinto. Antes están todos nerviosos. No hay niño que no esté nervioso, no hay ninguno que esté relajado cuando van a ser presentados, porque además tú le cuentas mira hoy día vas a conocer a tu mamá, a tu papá, con su familia y tú te vas a ir después a una casa con tu familia. Y ese niño ese día está intratable. No importa la edad, ese niño está intratable, está nervios, está con angustias, está con estrés. Cuando vuelven se duermen una siesta. O sea, es increíble. O sea, tienes que removerlo para darle la próxima papa porque está tan relajado. Que es increíble. O sea, son milagros que tú dices no, no es verdad. Si es

verdad. Es verdad. Y hay, como también hay niños que también me ha tocado conocer, niños en que rechazaron a la familia y no hubo caso.

¿En serio?

Si.

¿Y niños que lograron generar como cierto apego con ustedes o fueron niños súper distanciado desde siempre, como un poco sin remedio?

No, no tú mira tú, tú te voy dando cuenta. O sea, es como lo mismo que te pasa a ti, con tus amistades, con pareja o que se yo, persona en la cual tú sentí que tenéis química y que no. Y los niños tienen el mismo derecho a sentir lo mismo, o sea, la química contigo puede cantarle una persona súper desafinar lado, pero, pero que tenga una química con ella se va a reír con su persona. Y les puede cantar la misma canción alguien súper entonada y el bebé no reacciona.

Hay instrumentos que les gustan más, instrumentos que le gustan menos, la guitarra le gusta mucho.? Sí, sí, sí, como que ponen mucha atención cuando hay alguien tocando una guitarra al lado. Los xilófonos, cuando son más grande. Y bueno, los ruidos repetitivos son. Como todo, o sea, todo es bueno, por algo es mamá, ama a papá. Esas son, son, son situaciones que tú repite, repite, repite, repite quedan y después más grande, cuando tú les empiezas a leer un libro, igual puede ser muy chico que les empecé a leer cuento y cuando ya pueden hablarte un año y medio, dos años, y te dicen de nuevo y tú si, por favor, se lo leías setenta veces, este cuento me lo sé de memoria, pero ellos necesitan volver a oírlo y tú les cambia una palabra del cuento y dice no, no, no es así, eso no dice ahí. Se dan cuenta, te juro, yo lo he vivido, lo viví con ella, lo he vivido con niños en la casa y me quiero matar de la risa. O sea, lo estoy haciendo adrede ya le cambio de un poco el cuento. No, no, no, no, no, si no, si no es así.

Conversando con una de las psicólogas, también me explicaba la necesidad de los niños que tienen a la estabilidad en general. Por eso muchos se identifican con una persona, porque necesitan ese como cable a tierra que no les varíe o que de repente sean las mismas canciones, o sea los mismos libros, porque les genera una cierta seguridad de tener seguridad.

Seguridad, sí seguridad. Es súper curioso, súper curioso cómo los niños necesitan asegurarse de cosas. O sea, su o su juguete, el típico peluche o que sé yo, no sé, el mono o lo que sea, la muñeca, se qué o el pañuelo hacen cualquier cosa que tú le pongas desde un desde un principio y tú se lo cambias de posición, o cambia de lugar o se lo quitas. Se da cuenta perfectamente, perfectamente, tiene súper claro que tu algo le cambiaste. Por eso es que también otra cosa que uno tiende a pensar en uno. Uno normalmente oye con la misma música a los adultos tendemos a hacer como repetitivo. Es la música que oímos. Pero si a un niño le cambia mucho lo que tiene alrededor, su mundo, lo empiezas a sentir perdido. Me refiero que se le cambian el color de la cortina o el cubrecama, la cama o que se yo, el cojín que tiene en la cama o que se uno tiende a hacerlo. No, ya me aburrí con esto, te lo voy a cambiar y es no! Te lo piden de vuelta.

Por eso esa obsesión de repente que ven con sus tutos, con su halo de luz, que supuestamente el chupete peluche, que si yo no, no, es mío. O sea, es mío. Los posesivos es porque necesitan eso. Y la música igual. O sea, si, si tú le cambias de repente. Yo me acuerdo, no sé, con niños, con las típicas canciones de mazapán o que sé yo. Y tú le cambias a otro y como que te miran así como diciendo no, esto no. Esto no es lo mío. No. Y si lo vuelves a poner y se tranquilizan, se relajan, y si es como bien, es bien raro, es bien curioso. Pero les gusta sentir la seguridad en todo. El zapato en que se yo, en la forma en que tú le haces cariño, que le das el beso, que le dices lo quiero, te quiero y me encanta, estoy enojada contigo. Te hacen una sonrisita así y chuta, esto me paga todo. O sea, los niños para mí son.... O sea, no sé, para mí es muy difícil, muy difícil que un niño no me llegue, para mí todos los niños son niños y donde sea, o sea, yo puedo andar, no se po, puedo andar en da lo mismo donde lleve un niño que lo está pasando mal y empiezo a sufrir. O sea, es típico niño que los papás no, ni que le dio la pataleta en que si yo donde y

que el papá o la mamá lo empieza a retar o que se yo. Un tirón de orejas, yo salto al tiro. Muchas veces que me han dicho que tiene que ver usted por favor. O los niños que se pierden. Ponte tú se pierden en el supermercado y que llegue después la mamá o papá y los retan. Pero entonces es responsabilidad de los papás, del adulto. A veces le sacan la mugre al niño. Y yo ¿por qué si es su problema? Usted lo perdió. Póngase en el mundo, niño, el niño mide dos centímetros, usted un metro y tanto. No ve lo que está pasando para arriba, ellos ven piernas. Cómo sabe si es la mamá o el papá, son elefantes lo que ven. Y si además esos elefante tienen otras voces, menos saben dónde están. ¿Por qué no van a perder?

Bueno, tú que lleva cierto tiempo en esto y con experiencia entre la Fundación San José y también CONIL. ¿Hay espacio para que los niños en estas residencia reciban la atención que necesitan? ¿Cuánto falta? Porque me imagino que no sobra.

No, no sobra. A ver, es que atención en qué sentido me dices tú

De que tenga los suficientes recursos humanos, entre cuidadores, voluntarios, terapeutas. ¿Hay recursos suficientes para darse cuenta de las necesidades que tienen cada niño y satisfacerlas?

No, no, no siempre, no siempre. O sea, se trata de pero no es, no es necesariamente así. ¿Por qué? Primero porque por ley, una persona debe atender, o no debería atender a más de cinco niños. O sea, el cuidado y la atención que significa el bañarlo, vestirlo, darle la mamadera, mudar y volver a repetir esta historia y dormirlo y etcétera, etc. Obviamente el niño que se toman una mamadera en diez minutos y otro que se demora en una hora. Tú, además, te das cuenta que todos esos niños, la mamadera, son a ciertas horas. Yo siempre me acuerdo la frase de una coordinadora que entraba a una sala, que había cinco niños llorando, siete niños llorando y les decía: “todos tienen el complejo de que son hijo único” (se ríe). O sea, perdón, no son hijos únicos, no se les puede dar la misma atención a todos. Y en el minuto justo, no puedo. Tienen que aprender a aceptar un poquitito ,y claro que tú se lo dices y uno se ríe. O sea, hay veces que te digo y los niños mientras más chico son, más demandantes. Entre las mamaderas, se las tienes que dar con paciencia. Por eso e digo,

con uno se puede demorar un minuto y el otro una hora. Hay guaguas que se demoran más de una hora en tomarse una madera. Entonces tienes que dejarlo un rato y seguir con el otro que está llorando para darle la mamadera, porque también si no se empiezan a atrasar las papas de todos. Si le diste la mamadera al más lento, el primero, y pasaron las 4 hora o las 3 hora. No, no puedes dar con toda la sala. Entonces hay que como dividirse en ese sentido. Por eso es que el por ley no puede ser más de 5 niños por persona.

Evidentemente que lo ideal es que mientras más manos mejor. En cuanto a los minutos que están despiertos los niños, porque también los niños duermen, mientras más chico más duermen. Pero los momentos que están despiertos, ojalá uno pudiera estar interactuando con ellos, o sea, jugando o conversando con ellos o regaloneándolos. Pero no necesariamente tienes el minuto, no necesariamente se puede, por eso es que el voluntariado es útil y es necesario. Las terapeutas o las kinesiólogas también existen. Pero si en un hogar hay 30 niños, una kinesióloga no necesariamente va a poder ver a los 70 niños todos los días. Y tampoco le puede dar esa kinesióloga cinco minutos de ejercicios. Tiene que ser dependiendo de lo que tenga. Obviamente tiene que ser más tiempo, claro.

¿Qué se les pide a ustedes que hagan? ¿Cuál es el marco de lo que les piden? Porque también me imagino que uno después va agarrando papa y haciendo más cosas.

Estoy que hay cosas que tú sientes que debes hacerlo y hay veces que te das cuenta de que debes, pero no puedes. Lo explico. Hoy día todo lo que es Sename, hoy día ya no se llama Sename, no me acuerdo como se llama, si tiene otro nombre ahora.

Yo cuando entré, tú te hacía el cargo de un niño y le hacías todo: lo mudabas, lo vestías, lo bañabas, esto y aquí. Hoy día como el Sename está mucho más encima, por todos las acusaciones, por todos los reclamos por ti, etcétera. Hoy día la función de la voluntaria está como en segundo, en que sentido que hay cosas que ya nosotros no podemos hacerlo, como por ejemplo bañarlo, porque ponte tú que le pase algo en el baño, que trague agua, por ejemplo. Y resulta que, cualquier cosa que hoy día le pasa a un niño y hace un rasguño, un niño peleó con el otro, se agarró con el otro, lo mordió. Los niños se muerden los niños, se

rasguñan. Todo eso tú lo tenía que informar. Y la que informa tiene que ser la encargada de la sala. Y si, en paralelo hay un reclamo de la familia biológica, en que fue a visitar al niño y el niño lo encontró con un moretón o lo encontró con una mordida o con un qué sé yo, o con un rasguño porque se debe a qué se debe de fijar entonces para evitarse reclamos en que a lo mejor no van a poder defender

la institución a la voluntaria, porque obviamente no es una persona que está contratada, es un reto mayor. Entonces, por eso, como de alguna manera lo que nosotros hoy día como voluntaria básicamente podemos hacer en una fundación, da lo mismo cual sea la institución, es regaloneo. Regaloneo y también alimentar, pero también de repente te ponen problemas. Que no, que no, porque se puede atorar, porque le puede pasar algo que sé yo. Entonces el riesgo también. Cosa que para mí van desmedro a los niños, porque cuando te conocen más por x motivo tú tenías un no sé, te acercaste más a ese niño, lograste ese apego, es una pena que tú tengas que ponerte en segundo plano. ¿Por qué? Porque en la ley no me deja.

¿Y te he tocado alguna vez algún niño con el que has generado un lazo que en el fondo, al tomar distancia reaccione y pida y necesite de ti?

Los niños y los niños son muy sabio. O sea, los niños tienen súper claro cuando son queridos y por quien son queridos. Y a ti te pueden decir no, fíjate que por favor trata de no, pero el niño te busca, te va a buscar igual. No, no, no quiero con ella, quiero con esta, quiero con la otra, quiero aquí, quiero verlo allá y no contigo, no contigo y no contigo. También tú tienes que pensar que dentro de una institución. A ver, en una casa quién da las órdenes: una mamá, una mamá, una abuela. Pero no son cinco mamás, cinco abuelas, cinco tías. Entonces una misma orden, no es igual. Y para los niños hay voces, hay gestos que los captan mejor, que lo entienden mejor, que lo aceptan mejor. Y eso es muy difícil. Tú puedes tener una reunión en una sala que puede pasar si tú te pones a conversar con tus amigas, te pones a conversar con ella frente a una determinada cosa para haber 20 versiones. De cómo yo solucionaría esto. O, como yo diría, tal cosa, en un hogar pasa lo mismo.

Pero esto no quita que tú puedas tener un apego con un niño especial, una niña especial da lo mismo, en que y que tú te das cuenta que tiene más necesidades y que son necesidades distintas. Entonces tú, por lo menos yo no me puedo quedar callada. O sea, yo hay niños que por x motivos y o casos más difícil es más complicado. Yo me la juego entera, me la juego entera, así me digan que no, yo lo digo, lo digo, lo siento mucho, o sea, si ustedes me van a decir que yo llegué hasta aquí, con esta niña o este niño y no siga insistiendo otra cosa, mejor me voy a mi casa. Por qué no puedo. O sea, no. Llevo años en este cuento, vengo de vuelta de muchas cosas. Hay muchas cosas que ustedes son muy nuevas, ni en cuanto cuidadoras o qué sé yo. Yo llevo más años, no es por nada. Los años son experiencia, son experiencias, son y por algo uno lo dice por uno no trata de replicar en un niño o en una niña. Por qué no. No. No sé. Hay cosas que tú te das cuenta de que hay cosas que un niño no sé, o una sonrisa, o un con una cosquilla que le hagas cotilla o uno. Hay niños que les encanta y otro que les carga. Cuando uno empieza a al pillarse, el típico de taparse la cara y salir de ahí. Y hay niños que les molesta, niños que les gusta. Entonces como que uno claro, puede tener como ser tan ciertas como pautas ciertas en que tu no sé, pero con algunos te resulte, con otros no. Pero lo que sí siempre resulta, y es cuando ya empiezan a hablar y empiezan a conversar y una canción que tú le cambie una canción y le pongas el nombre, ese niño se lo repitas. Y cuando tú llegas al lugar y ese niño te ve y te empieza a cantar la canción que tú le cantas, siempre es tan rico. No sé canciones que y que se unen de alguna manera y se sientes identificados, le cambias el nombre o le inventas una canción que es para uno y los niños además la captan. O sea, cuando ya yo estoy hablando el niño más de dos años y ellos saben que tú le vas a cantar a fulanito esta canción y al otro le vas a cantar la otra cosa y te dicen “No, esa es la mía”. Se la canto al otro, esa es la mía.

Entonces es como la identificación emocional en esas canciones

Absolutamente

Y de ti

Entonces la mirada, la complicidad, el que además la disfrace o le pintes la cara, o que se yo o le pintes en la mano ese típico que tú le pintas, le hace carita en los dedos, y le empiezas a mover los dedos y te habla así el fulanito te habla allá. Le inventas voces y te miran un principio como no y después te lo piden, o sea. Y dónde está fulanito, dónde está, qué sé yo, el juego. Mira, no sé siempre como el que existe o tú descubres. Una cosa nueva para qué ese niño logre una cosa, que ese niño que tu lo viste triste, porque hay niños que son tristes y es lo más penoso que hay. Pero ese niño triste termina sabiendo que no tiene por qué estar triste, porque está con sus comidas al día, con su alimentación, con el baño, con el cariño. Que la sonrisa tu no se la sacas. Pero empezar con un juego chico o de repente con una pelotita o con qué sé yo, con un muñeco le inventas voces de guagua, de voces de niño y te empiezan a mirar como aquí pasa algo, y es conmigo, es para mí, no es para lo otro. Pueden haber otros dos, tres o cuatro mirando alrededor, pero se da cuenta que eso es para uno en especial. Y si está cerca, por detrás y te pones a la altura de ellos, evidentemente, si tú estás en altura, las cosas no resultan muy tener que bajarse a la altura de ello y o te lo cercas y te lo pones en brazo, les haces cariño y empiezas como acercarte al oído y empiezas a cantar o le empiezas a inventar la voz a que si yo tuve que ya y ahí, ya se suelta no sea así, que se te acercan, te sonríen, te hacen cariño ellos a ti y empiezan a imitar las voces o a cantar contigo, tratar de cantar contigo y es tan rico. Eso es tan gratificante para ellos como para uno.

Que bonito. Estas historias que me cuentan ustedes, creo que son tremendamente importante porque demuestran lo que se puede hacer realmente, con cosas que parecen tan simple como cantarle a un niño- ¿Qué diferencia le va a hacer? Mucha. La asociación, la identificación. Es eso finalmente lo que le genera una relación emotiva a una melodía.

Absoluto. Le cantes en idiomas ponte tú. Hay niños que son capaces. Uno sabe que los primeros cinco años de vida tú le hablas de un niño en cualquier idioma, y te lo vas a repetir. Y cuando, claro, si tienes la posibilidad de que tú sabes algún otro idioma, él le empiezas a cantar en otro idioma o empiezas a repetir frases en otro idioma, también

empiezan a repetir. A veces la gente, las cuidadoras, como que no les gustan porque siente que es como esta señora cuica o que sé yo, que le están. No, no es por eso, es porque tú estás tratando de abrirles el mundo en el cual ellos van a estar. O sea, yo te digo yo hoy día, con esta misma guagua, la semana pasada que estuve con la misma guagua de en ese momento, tenía 10 días. Y esa guagua a mí me sonreía. 10 días, 10 días le hacía sonidos y me repetía los sonidos. Y yo estoy segura que hoy día la guagua bien, con un chip distinto. Llegan a un mundo con un chip distinto. Esta guagua, te juro, a cabeza levantada te repetía sonido y sonrisa, sonrisa, no sonrisa espontánea. Te estaba sonriendo a ti. No es la sonrisa que tuvieras una guagua recién nacido de pocas semanas y que te sonríe, pero también es una mueca, no es sonrisa. Con qué pasa aquí hoy día, de nuevo estuvimos conversando de nuevo, él mirando fijo, lo puse a mirar las hojitas de los árboles y las seguía con la mirada, con 10 días. Antes te decían que una guagua no ve antes del mes. Hoy día yo no sé si ven antes del mes, pero este niño tú lo veías interesado, mirando para afuera, mirando el movimiento, la aguja, lo árboles. Son cosas que sí, claro, a lo mejor uno porque está todo el día con niños, o casi todo, uno tiene como otra percepción a tener otra sensibilidad.

Tengo una hija que tienes como otra actitud y que a lo mejor una persona que no, que no han visto niños que no tienen, o sea, ni huele como a ella. Es una ley loca. No está inventando, puede ser, puede ser. Si finalmente también como por eso es tan válida esta experiencia, porque finalmente voy detectando y voy generando humor e identificando patrones en los niños. Y también diferencia a través de toda esta experiencia.

Bueno, por ejemplo, a mí me encantan los animales. Pero entonces tú a través de un animal o a través de un sonido, un animal atrae de la forma un animal o qué sé yo. Hay niños que se sienten más identificados con cierto animal y otros que no. No hay niños que perciben. Por ejemplo, se dan cuenta de distintos cantos de pájaro. Y otro que? Pájaro? Punto. Pero claro, todo depende también de uno.

O sea, yo me crié en el campo, por lo tanto tuve siempre mucha cercanía con los animales. Sabía de reconocer de muy chico cual era un gorrión, cuál era el que siguió en la Toto, la cual era ya. Y si yo lo repito, o sea, hacen. Cuando las veces que salimos con la niñita

grande y verlo en la calle, mira, ese es un mirlo, mira a ver, pongámoslo digámoslo o como canta. Mirémoslo el picaflor me acuerdo con una con una niñita que le puede preguntar al nene.

Después pregúntale por la Sara, no? Y la sala le decía la picaflor, lapidaciones, la quinta Flores. No, no de picaflor, latigazos. Y se fascinaba con la picaflor cuando vio el primer picaflor, que no sé si le habría gustado yo, pero me acuerdo la vez. Así que yo dije mira, mira, mira, mira, mira la rapidez con que se va a mover y que seguro que lo mira chiquitito, que y me miró y me dijo no parecer la picaflor.

Me vio, se quedó y después buscaba la picaflor por todos lados. La voz era una fascinación por la amiga Flor. Y sabes qué día andábamos junto a Messi? Vamos a ver la picaflor no sabe. Por qué empezó a reconocerlos? Y empezó a reconocer los sonidos de los pájaros. Así ya es distinto cuando no sé. Uno le dice, le dice miao o un gato, pero no han visto nunca un gato decir miao, sino que solamente el mío, tuyo.

Pero cuando ya lo ven en la calle o lo ven en una casa y el gato efectivamente asedia. Se dan cuenta que no me tira por los niños, soy muy realista. Me gusta que tú les muestres cosas que son de verdad. Si lo que les cuenten mi vida.

Todavía no está, arrullan el abstraccion cuando sólo es chiquitito. Un concepto muy viejo. Lo entienden? Necesitan los datos de rendimiento completo.

Si esa parte te digo yo, pa mi humilde sea esa. Las guaguas chicas son fascinantes, pero para mí la etapa más exquisita es desde el año. Los tres estaban descubren el mundo en que te repiten las cosa, en que te las observan telas, las mira ante las critican. Te te dicen cosas. Se imaginan cosas. Nada. O sea, también me acuerdo con otro niño, nada que ver. Ya, pero unos niños me un foro de Chile.

Ya nos llevamos a un zoológico pleno invierno. Estaba nevado y claro, queríamos verlo elefanta, queríamos ver la jirafa, queríamos leer los monos y etcétera, etcétera. Y

tontamente éramos dos adultos que andábamos con el niño checo y de repente no nos dimos cuenta que efectivamente en ese lugar y en ese país nos el zoológico y los animales iban a estar guardados. Por el frío animal emane de Selva Negra no estar fuera? No, pero llegamos de vuelta con los niños a la casa y los niños hasta la imaginación que lo vieron.

Estuvieron con ellos. Estuvieron con el león y tuvieron un elefante con la jirafa. Dijo que el tigre. No vieron nada. Nada. Los pájaros de la calle. Entendí los pájaros que para robar un lugar propio.

Cine. La imaginación para regar todo lo mejor que anduvieron por ahí paseándose. Pero los animales que ellos querían ver y que nosotros lo llevamos a ver. El cielo. Pero ella, como ya lo hubiera absolutamente convencido, que lo habían visto y creído. Claro, por eso digo son. Y con los sonidos y que se yo, claro, porque habíamos estado jugando con los sonidos del señor el fantasma que se llevan ya el tirado al que soy yo. Entonces ellos lo vieron.

Claro. O sea, el estímulo a su creatividad. Claro, fue tan tremendo que en el fondo, al experimentar el momento ello. Echaron a volar su cabecita.

Exacto, Sansón y tú los veo, o sea, tú los ves, no sé porque los llevas al zoológico. Muchas veces hemos llevado a los niños de la Fundación en la casa del zoológico y como gozan. Y claro, también se asustan. Pero eh! Y los sonidos como los repiten? Y los colores cuando los saben de curiosa, no saben reconocer los colores. Y no sé. Son. Son. Son situaciones que tú dices. Chuta, que vale la pena todo esto.

Qué rico es poder mostrarle a los niños, no poder darle a los niños esta esta etapa de desapego, de enseñanza, de. De. No sé, de tiempo y que. Y que ellos vayan. Y no sé. Yo soy. Convencía convencida que si hubo uno en la primera etapa. La vida no tienes cariño, no tiene entrega de un adulto. Y tenía una carencia, puede. Muy difícil de llenar. Muy difícil no sea una niñez con e con estímulo, pucha que es distinto.

Por Dios que es distinto. Y eso es lo fundamental y es lo que, gracias a Dios, en la mayoría también. De alguna manera, en base a a mucha crítica, es que ha logrado llegar a que los hogares no vuelvan nunca más a tener la cantidad de niños que tenían. No se volvían, no, los hogares no van a tener más de 12 15 niños por hogar. Y que entonces las personas que están a cargo de esos niños se puedan realmente dedicar a son niños.

Dale el tiempo que necesitan. No que sea una masa humana. Y. Y que entre ellos se vayan produciendo mucho daño, porque entre ellos los niños se producen daño cuando no reciben el tiempo, cuando no reciben el cariño y se van, se van dañados, se van haciendo zancadillas entre ellos. Se la carencia y se va mostrando un.

Claro, hay mucha rabia, se genera mucha rabia reprimida y quizá lo sea. O sea, pasa también en una familia te fijas si son varios hermanos y que hay uno que por x motivo exige más dedicación de parte de los padres sobre los celos del otro. Por qué siempre estás con? Y por qué está x e y? Este siempre tiene tal cosa? Y por qué este puede comer más con yo? O por qué este puede salir más contigo que yo contigo?

Claro. Imagínate eso cuando son varios niños de la misma edad que parecieran que fueran quintillizos por decirte, pero que no lo son y que tienen todo el mismo derecho. Claro.

Luego, claro, como que hay que hacerles el trabajo de aprendizaje, pero también el de tratar de llenar esos espacios. Tienen que aprender cómo compartir los tiempo. Pero también hay que dedicarle unos años.

Yo me encargo de dividir un claro, me trato de dividir entre todos ustedes, pero no necesariamente puedo. Le dedico más tiempo a lo mismo que tú haces, no sea también en un hogar. Y cuanto tú le das tiempo al que te das cuenta que necesita más. No, yo siempre me voy al gym porque me doy cuenta de que está más débil. Si al otro lo dejo tranquilo, habrá otro que se dedique a habrá alguien adulto que estaba de cara con el que necesita más.

Prefiero estar ahí.

Claro, imagino. Debe ser maravilloso porque con la experiencia y las ganas que tenía, lo mejor también se hace cargo de niños. Que no, que no necesariamente todo el mundo quiere tomar.

Sí, hay veces que te toca, que no sé. Entonces, si no, este niño rechazado por todo el mundo, pues sí, porque ha rechazado por qué? O sea, no po veamos por qué. Hagamos un esfuerzo de que este niño sea capaz de compartir con todo todos, claro, y que deje de auto copiarse en el fondo.

Además.

Claro, porque en el fondo él está generando el rechazo. Entonces está aprendiendo a Akiza su relación con el mundo. Y eso es muy fuerte, muy dañino para los niños.

Hay niños que tienen que que te escupen o que te vean, escupen. Y te escupen, osea, no, es que no es que haya sido casualidad tb que te culpen entonces si no ya con el cabreo, con el con el que se siente guanaco el genoma de cada bobo. Pero por algo, por algo necesitas guanaco, guanacos, niño era muy rico.

Quizá realmente te pasaste. Ehm. No me. Me tomé demasiado tiempo contigo. Te rogué tanto tiempo hasta ahora. Que pena. Pero no soy noctámbulo así. Ha sido maravilloso escucharte. Realmente maravilloso. Pucha, gracias por tu testimonio.