

**PROPUESTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL CON NIÑOS Y NIÑAS**

**CESAR ANDRES HURTADO CORTEZ**

Director:

**OMAR ALEJANDRO BRAVO**

**UNIVERSIDAD ICESI**

**FACULTAD DE DERECHO CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

**2022**

## Tabla de Contenido

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
Acerca del problema. ....	<b>3</b>
Contextualización.....	<b>7</b>
El abordaje teórico y la intervención. ....	<b>9</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>11</b>
Objetivo general:.....	<b>11</b>
Objetivos específicos: .....	<b>11</b>
<b>FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS.....</b>	<b>11</b>
Acerca de la salud mental y la niñez. ....	<b>11</b>
Representaciones sociales sobre la salud mental en la niñez .....	<b>16</b>
Sobre la promoción de la salud mental y el modelo comunitario.....	<b>21</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>26</b>
Acerca de los referentes. ....	<b>26</b>
<b>PROPUESTA METODOLÓGICA .....</b>	<b>33</b>
Promocionando-ando la Salud mental .....	<b>33</b>
Preparando el terreno .....	<b>33</b>
<b>FASE 1: APREHENDIENDO Y RE-CONOCIENDO.....</b>	<b>34</b>
<b>Actividad 1:</b> Cartografía del cuerpo.....	<b>34</b>
<b>Actividad 2:</b> La escalera de la salud mental .....	<b>35</b>
<b>FASE 2: EXPLORANDO EL CONTEXTO.....</b>	<b>36</b>
<b>Actividad 1:</b> Preguntando y aprendiendo. ....	<b>36</b>
<b>Actividad 2:</b> Investigando más sobre salud mental.....	<b>37</b>
<b>FASE 3: REFLEXIONANDO Y PLANIFICANDO .....</b>	<b>37</b>
<b>Actividad 1:</b> ¿Qué hemos aprendido? .....	<b>37</b>
<b>Actividad 2:</b> Lluvia de ideas. ....	<b>38</b>
<b>FASE 4: MANOS A LA OBRA.....</b>	<b>38</b>
<b>Actividad 1:</b> Caja de pandora Promoción de la salud mental.....	<b>38</b>
<b>FASE 5: EVALUANDO Y MEJORANDO.....</b>	<b>39</b>
<b>Actividad 1:</b> Monitoreo – Evaluación.....	<b>39</b>
<b>Reflexiones finales. ....</b>	<b>40</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 1:</b> La escalera de la salud mental.....	<b>45</b>

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL CON NIÑOS Y NIÑAS**

### **INTRODUCCIÓN.**

#### **Acerca del problema.**

El tema de la salud mental, sin duda alguna, cada vez toma mayor relevancia, teniendo en cuenta que el ser humano en su diario vivir enfrenta situaciones que muchas veces desbordan sus capacidades; en ese sentido, al no responder adecuadamente frente a la situación, podría concluir con episodios exacerbados de incertidumbre y malestar que podrían afectar su funcionalidad.

Los niños y niñas no son ajenos a las situaciones que los confrontan y que en su proceso de conocimiento de la realidad representan algún tipo de cambio; es así como podemos entender la proclividad de cualquier persona a enfrentar problemas que pueden afectar su salud mental; lo que hace la diferencia será la respuesta que la persona emita en el momento.

Entender que los primeros años de vida constituyen un pilar fundamental a la hora de favorecer los procesos de aprendizaje posibilita reconocer que un espacio como la escuela ha de permitir que las acciones encaminadas a promocionar la salud mental puedan tener un acertado grado de difusión y apropiación, en tanto que los niños/as se relacionan con sus pares y la figura del profesor como modelos, las cuales cumplen un papel primordial en términos de formación.

Como una manera de entender la problemática, la Encuesta Nacional de salud Mental para el año 2015, con referencia a la población de niños entre 7 y 11 años, menciona que:

Por lo menos un 44,7 % de la población infantil de 7 a 11 años requieren de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para evaluar problemas o posibles trastornos. El 27,6 % tienen un síntoma, 10,5 % tiene dos (estos tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental) y

finalmente un 6,6 % reportan 3 síntomas o más positivos sugerirían aún mayor riesgo de tener un trastorno mental. Los síntomas que más frecuentemente se presentan son: lenguaje anormal 19,6 %, asustarse o ponerse nervioso sin razón 12,4 %, presentar cefaleas frecuentes 9,73 %, y jugar poco con otros niños. La región Atlántica y Central poseen una mayor prevalencia tanto para la presencia de 1 o 2 síntomas, seguidos de Bogotá, Pacífica y Oriental. La prevalencia de RQC positivo es ligeramente mayor para la población infantil en situación de pobreza con 26,7 % vs 27,8 % (sin pobreza) para un problema y 18,6 % vs 16,7 % para 2 o más problemas. (ENSM, resumen ejecutivo, Secc. Problemas niños, 2015).

Otros síntomas sugestivos de psicopatología que no pertenecen al RQC, demuestran alta frecuencia de aparición de posibles trastornos del aprendizaje donde los cuidadores consideran que el 19,4 % de la población infantil tiene problemas para aprender matemáticas, el 13,1 % problemas para aprender a leer o escribir, el 15,9 % problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse y el 7,3 % parece lento o retardado para aprender. (ENSM, resumen ejecutivo, Secc. Problemas niños, 2015).

A nivel municipal, la ciudad de Popayán a través de su Secretaría de salud, ha publicado un boletín epidemiológico del año 2020 en el cual se relacionan los intentos de suicidio, denominado periodo epidemiológico III, entre los que se presenta 1 caso que representa el 1,3% para niños entre los 6 y 11 años y 16 casos que corresponden al 21,6% para los niños entre 12 y 18 años.

Lo anterior, se relaciona con las referencias al inicio del documento, con lo cual se ponen de manifiesto, por un lado, algunas de las situaciones a las cuales se ven expuestos los menores y por supuesto afectan su salud mental, y por el otro, el hecho concreto en este caso de los intentos de suicidio a los cuales se acude ante la imposibilidad de un control personal y ambiental.

Así, la respuesta al sufrimiento que padecen las niñas y niños, se reafirma a través de la consulta especializada e individualizada, en donde predomina el diagnóstico o la etiqueta de manera principal, al lado de propuestas de medicalización, como la manera de poder contener el problema que enfrenta el sujeto y por supuesto las ansiedades que genera en su núcleo familiar.

De ahí que, tomando como referencia la escuela, en donde comienza el proceso de socialización secundaria (Augsburger, 2004) y se configura un panorama de lo novedoso, a la vez que representa retos en términos de sus logros y dificultades, que las niñas y niños deberán afrontar, es quizás la oportunidad para preguntarse: ¿cómo sortearán dichas situaciones de tal manera que favorezcan su salud mental?, o en caso contrario ¿qué decisiones podrá tomar?

De lo anterior, las experiencias personales de trabajo en algunas instituciones educativas del departamento del Cauca durante los años 2011 a 2017, sirven como referencia para describir el panorama de la salud mental y la manera en cómo se concibe en términos de la percepción de la comunidad escolar (estudiantes, padres de familia, profesores), el rol profesional y el contraste con los lineamientos institucionales.

Con relación a los estudiantes, resulta inquietante escuchar opiniones como: “yo acaso estoy loco”, “otra vez a dónde el psicólogo”, expresiones que reflejan no solo la forma como se relacionan con la profesión y el profesional, sino también la manera en cómo han llegado

a representar un tema como la salud mental, quizás sin tener la información suficiente o adecuada que dé cuenta de la importancia del mismo, sin importar una condición como la edad.

Las percepciones de los padres de familia, en algunos casos precisamente reflejan las opiniones de las niñas y niños y en otros casos es muy frecuente escuchar, como la situación “problema” la plantean por fuera de ellos, endosando los adjetivos directamente a sus hijos, con expresiones tales como: “es que es hiperactivo”, “es muy piquiña”, en lo cual no se vislumbra una posibilidad de reflexión acerca del propio contexto familiar y su relación con la situación.

Cabe resaltar como la contribución de los manuales diagnósticos tipo DSM, a través de sus distintas versiones, patologizan la vida cotidiana de los niños y las niñas, con lo cual se reafirman las formas hegemónicas de intervención individualizadas, en donde se considera al sujeto como simple receptor de algún tipo de tratamiento.

Así mismo, con relación a los profesores, constantemente se refleja una identificación permanente del “problema” (comportamentales, disciplina, bajo rendimiento académico, etc.), los cuales asumen directamente como responsabilidad del docente orientador (psicólogo, trabajador social, pedagogo), sin que haya una reflexión previa de lo que se puede hacer antes de realizar la remisión, que reafirma la percepción que se tienen de estos profesionales como una visión de atención individualizada que busca cambiar los comportamientos por los considerados deseados.

Acerca del rol profesional, en muchas ocasiones termina siendo minimizado a la mera atención de los estudiantes con “problemas” a los cuales es necesario remitir para que sea el orientador quien cambie la situación, y concluye siendo poca la participación de los padres y profesores. Así, lo institucional, implica de cierta manera el etiquetamiento, que se legitima

con la entrada al sistema de salud y los garantizadores de derechos como las comisarías de familia a cargo del ICBF.

De tal manera que, poder describir el problema con la mirada particular de la experiencia en algunas instituciones educativas, posibilita de la misma forma el poder plantear una alternativa diferente en términos de la intervención psicosocial, que derive por supuesto en el cambio de paradigma acerca del sufrimiento de los niños y niñas, y pasar de la atención individualizada y estigmatizante a una comunitaria y colectiva.

### **Contextualización.**

La Institución Educativa Técnica Empresarial el Oasis, ubicada en el departamento del Cauca, en el Municipio de Piendamó, es una institución pública de carácter mixto y formación técnica que atiende a cerca de 850 estudiantes repartidos en tres sedes: Oasis sede Principal, con al menos 500 estudiantes de transición a bachillerato, Juan XXIII, con 300 estudiantes de básica primaria y la sede Media Loma ubicada en la zona rural, que atiende a 28 estudiantes repartidos en básica primaria igualmente, cubre los niveles de transición a bachillerato, además de contar con jornada sabatina para estudiantes en extra – edad.

Teniendo en cuenta que, el interés de la intervención inicialmente son los niños y niñas de básica primaria, se contaría con una población cercana a los 400 estudiantes que oscilan en edades entre los 5 y 12 años; esta población en su mayoría se encuentra ubicada en la zona urbana, pero también llegan niños de la zona rural, que se calcula pueden ser cerca de 100 estudiantes.

Resultado de algunas entrevistas con el rector de la institución, profesores de bachillerato y varios de transición y básica primaria, en la indagación relacionada acerca de las situaciones de salud mental que ellos han percibido en su experiencia profesional en el contexto actual,

fue posible dar cuenta de varios escenarios donde se aproximan no solo a reconocer las situaciones sino también a entrever algunas posibles causas y el abordaje que hacen desde su profesión y el apoyo del docente orientador.

Varios de los profesores coinciden en relacionar temas de maltrato en sus diferentes manifestaciones, lo que hace que los niños y niñas se muestren en ocasiones distraídos, apáticos y experimenten poca interacción con sus pares, lo que permite inferir como en el proceso de socialización primaria (Augsburger, 2004), es donde se configuran varios de los problemas que se relacionan con la salud mental de los menores.

De igual manera, muchos de los comportamientos y actitudes que se relacionan con las niñas y niños, parten de algunas conductas sobreprotectoras y entornos familiares disfuncionales que los docentes identifican, lo cual se ha relacionado con el primer ambiente de socialización, de ahí, que no sea difícil comprender la corresponsabilidad que se relaciona con el tema de la salud mental. Muchos de los niños, afirman los profesores, en algunas ocasiones se tornan agresivos y demuestran faltas de respeto con sus pares y profesores.

También relacionan dificultades de aprendizaje, problemas con el lenguaje, y algunos casos graves, dicen ellos, que se relacionan con posibles casos de abuso sexual. Es importante mencionar como muchos de los niños y niñas quedan al cuidado de personas diferentes a los padres biológicos, quienes se encargan de la crianza y cuidado en el proceso de educación.

Esta es la manera como se describe el contexto de la Institución Educativa el Oasis, lugar en donde tuve la oportunidad de trabajar durante el año 2016 y hoy muestra muchos avances en términos de infraestructura, personal docente calificado y por supuesto la apuesta por trabajar el tema de salud mental en los niños, niñas y adolescentes con una propuesta diferente basada en lo comunitario y colectivo.

## **El abordaje teórico y la intervención.**

Según Bang (2014), la participación ya es un factor de salud mental. Pensar en el abordaje teórico de esta tesis, implica reconocer a las niñas y los niños como actores principales en el desarrollo de esta propuesta de intervención, la cual se dirige a la promoción de la salud mental en niños y niñas, asumiendo que son ellos quienes replican la información con sus pares estudiantes de grados superiores y su familia y comunidad en general.

De ahí que dicha propuesta, se focaliza a partir de: 1) la teoría de las representaciones sociales como una forma de comprensión de su realidad con relación al tema de la salud mental, a la vez que se expone, 2) la problematización de los conceptos de salud mental, y la promoción de la salud mental, en tanto que permitan integrar la complejidad de una etapa como la niñez, y por último, 3) pensar en el modelo comunitario, como la forma más acertada de intervención.

De esta manera, el tema de las representaciones sociales (Ibáñez, 1998, Álvarez, 2006, Mori; González, 2010), constituye un punto de partida que permite reflexionar un poco acerca de los significados y manifestaciones que las niñas y niños atribuyen al tema de la salud mental y por supuesto a la manera en cómo resultado de esto expresan su sufrimiento en la vida cotidiana.

Al problematizar la salud mental como concepto, se hace un recorrido sobre algunas definiciones en las cuales la visión no se desliga de la individualización, la mirada positiva, o de un estado, como lo considera la OMS, lo cual permite en aras de superar estas posturas, acudir a Galende (1997), quien reafirma una postura más afín del individuo en relación con la sociedad y la categoría de sufrimiento psíquico.

Con relación al tema de la promoción de la salud mental, esto pasa por una reflexión que implica pensar en la forma más apropiada de realizar un trabajo con niños y niñas, de tal

manera que se logre impactar de manera positiva; entonces como lo afirman Bang y Stolkiner (2014), la creatividad a la hora de proponer la intervención ha de ser el eje que ha de movilizar la propuesta y su posterior acción.

Para concluir, el modelo comunitario en salud mental (Galende, 1997; Desviat, 2007, 2012), permite reivindicar una postura que garantiza la participación de las personas, en este caso las niñas, niños y sus familias, quienes no solo se convierten en sujetos de intervención, sino que tienen la posibilidad de tomar decisiones en todo el proceso que se relaciona con la promoción de la salud mental.

De todo lo anterior, pensarse una intervención con características de lo psicosocial, en un ambiente educativo, con un enfoque comunitario, con la participación de los niños y niñas que se encuentran escolarizados, con edades desde los 5 años, y un tema como la salud mental que contempla un proceso de promoción responde a replantear, resultado de la experiencia personal, un ideal que se deriva del proceso de formación posgradual, con el cual se ha configurado una postura más crítica que por supuesto contempla un proceso de reflexividad, que debe retornar a los contextos educativos.

Con esto, es preciso entender que lo institucional en referencia a la educación, si bien recrea algunas posturas ancladas en el pasado, a la vez posibilita en términos de la intervención psicosocial, nuevas formas re-pensar la realidad y a partir de ahí considerar que son los mismos sujetos quienes transforman su cotidiano vivir, con el cual podrán favorecer su propia salud mental.

Se trata entonces, de plantear un referente que deberá servir como línea de base para futuras intervenciones en el campo de la salud mental, aprovechando los diferentes espacios en los cuales se mueven los niños y niñas, donde a través de los procesos de interacción con

los otros son capaces de fortalecer el autocuidado y el cuidado de los otros, como predictor de una adecuada salud mental.

### **Objetivos.**

A continuación, en función de lo expuesto se definen los siguientes objetivos de la presente tesis.

#### **Objetivo general:**

Conocer las problemáticas relacionadas con la salud mental y crear espacios para su promoción con los niños y niñas, de la Institución Educativa Técnico Empresarial el Oasis.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar las problemáticas relacionadas a la salud mental de los niños y niñas, de la Institución Educativa Técnico Empresarial el Oasis.
- Facilitar el reconocimiento y ejercicio de los factores protectores que se relacionan con la salud mental de los niños y niñas de la Institución Educativa Técnico Empresarial el Oasis.
- Acompañar los procesos de promoción de la salud mental con la comunidad escolar de la Institución Educativa Técnico Empresarial el Oasis.

## **FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS**

### **Acerca de la salud mental y la niñez.**

Parece pertinente comenzar por la revisión crítica de algunas definiciones y conceptos que se relacionan con el tema de la salud mental; el propósito de este ejercicio es poder establecer referentes que permitan acercarnos a comprender las diferentes expresiones de los niños y niñas que se encuentran en sus primeros años de educación formal (básica primaria), como personas portadoras de experiencias que afectan su salud mental.

Bertolote (2008), menciona como el concepto de salud mental, por su naturaleza polisémica, resulta difícil de conceptualizar, por lo cual es necesario entenderlo desde sus orígenes; este autor explica que, con la creación de la OMS en 1948, se definieron los conceptos de higiene y salud mental. Sobre el primero se hacía referencia a las actividades y técnicas para fomentar y mantener la salud mental. Por su parte el concepto de salud mental se definía en términos de la influencia de factores biológicos y sociales cambiantes que de una u otra manera le permitían al individuo poder satisfacer los instintos conflictivos, además de poder relacionarse de forma armónica con otros y de esta manera poder afectar su entorno social y físico.

Si bien la definición del concepto de higiene mental resulta ser clara por su simpleza, quizás en lo práctico no lo sea tanto, precisamente por las características particulares de esta población, teniendo en cuenta que las intervenciones dan cuenta más de la detección y tratamiento de las problemáticas y no sobre la promoción y la prevención de lo que atañe a la salud mental con niños. Ahora, con relación a los elementos conceptuales mencionados sobre salud mental, se representa a un ser individual, con una visión positiva del significado de la salud mental, además de atribuirle características instintivas al individuo, que a nuestra época ya han sido reevaluadas.

Con la constitución de la OMS, aparece también su consideración sobre el concepto de salud al mencionar que este “es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Salud mental: fortalecer nuestra respuesta, 2018, párr. 1) y por ende entonces, no se podría separar del concepto de salud mental, con lo cual se complejiza más, al proponer que sea un “estado de completo bienestar” para lo cual es pertinente preguntar: si en realidad debe ser un estado o más bien algo cambiante y a la vez si debe ser completo, lo cual termina siendo una utopía.

De aquí en adelante, las definiciones de la OMS no se apartan de mantener una visión positiva de la salud mental, con la cual refuerzan una postura que se relaciona con el bienestar individual, un bienestar que no se delimita con claridad, para poder comprender a que se refieren cuando hablan de este concepto que se percibe de manera amplia y sin las consideraciones quizás de un contexto.

Con el interés de poder superar la visión individualista sobre la cual se basan las primeras definiciones del concepto de salud mental presentados por la OMS, de la propuesta de Galende (1997) se pueden extraer varias ideas que resultan pertinentes: inicialmente propone hablar del sufrimiento mental, no como un producto individual, sino en relación a las personas con las cuales el ser humano interactúa constantemente; en ese sentido, se plantea como el objeto de la salud mental las relaciones que permiten comprender al individuo y su comunidad. De esta manera, se puede entender como el malestar se da en la relación del individuo y la manera en cómo este se desarrolla en una sociedad.

Complemento a lo anterior, en términos de la institucionalidad se puede tener en cuenta la propuesta del mismo autor al decir que:

El sector de Salud Mental es básicamente un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales, y lo hace desde una comprensión de los lazos sociales deseables, implementando determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados. (Galende, 1997, p. 53).

Hasta aquí, si bien ninguna de las definiciones relaciona de manera clara un periodo de desarrollo como la infancia, la postura de Galende permite incorporar a un ser con relación a otros y es precisamente en las edades más tempranas que se pone de manifiesto esta postura,

y es con la entrada al ámbito escolar, en donde niños y niñas se consideran con relación a otros que son capaces de afectarlos directamente.

Al respecto Augsburger (2004), menciona como una institución como la escuela es un espacio importante para entender los problemas del campo de la salud mental, teniendo en cuenta que es aquí donde se privilegia la socialización, y es en ese proceso de formación de un ser social donde se distinguen dos procesos de socialización: primario y secundario; este autor dice que: “la socialización primaria, que abarca los primeros años de vida, queda en manos fundamentalmente de la familia, mientras que la segunda transcurre básicamente en la institución escolar” (Augsburger, 2004, p. 70).

Para concluir, Molina (2017) citando a Harper (2008), en referencia a la importancia de la salud mental en la infancia identifica dos tendencias: la primera en donde se refiere a la salud mental del niño como un bien discrecional y la segunda, como la medicalización de la salud mental. Con relación al tema de la medicalización, es precisamente con la entrada de los psicofármacos que se modifica la manera en cómo se entienden sus problemas y lo que se espera entonces es la presencia de un diagnóstico que relacione los desórdenes o trastornos. En este sentido, la más reciente versión del DSM 5 da cuenta del aumento del número de diagnósticos para la infancia.

De todo lo anterior, este primer acercamiento nos deja ver sin duda alguna la complejidad expresada en los conceptos de salud mental, sin que aún se profundice en la expresión subjetiva del sufrimiento y el significado que le podemos atribuir en lo comunitario, y más aún, en lo que concierne a los niños y niñas que en edad escolar pertenecen a la básica primaria.

Valdría la pena entonces preguntarse si debería existir una definición de salud mental propia en la infancia, atendiendo de esta manera al reconocimiento de su ciclo vital, que a la

vez valide su forma de comprender y asumir el mundo en relación con la interpretación que este hace de lo que lo rodea y de los contextos donde se haya inscrito.

Resulta pertinente aquí, retomar en palabras de Molina (2017) la visión del contexto colombiano acerca del tema:

el campo de la salud mental en la infancia se enuncia en términos de su importancia como población vulnerable (Senado de la República de Colombia, 2013), abordado desde la perspectiva de la acción social y de política pública, pero poco abordado desde los términos de sus especificidades (Molina, 2017 p. 84).

Por último, de la consideración anterior, resulta oportuno atender y ampliar la noción del sufrimiento psíquico en relación con la salud mental, de tal manera que, en el caso de los niños, nos acerque a la comprensión y consideración de su existencia; al respecto Augsburger (2004, citando a Galende, 1997) dice que:

sobre la base de considerar que la producción de subjetividad está en marcada en condiciones históricas y culturales concretas, este autor postula la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de enfermedad mental (p. 65).

Entonces, resulta pertinente que al pensar en los niños y niñas se renueve constantemente la manera en cómo nos acercamos a ellos, lo cual implica creatividad y el reconocimiento de sus intereses, de tal manera que este sea capaz de dar cuenta de la manera en cómo experimenta no solo su sufrimiento si no el disfrute de la vida. Ejemplo de ello ha sido la reciente experiencia del proceso educativo y el confinamiento obligatorio a causa del virus del covid-19, con lo cual los niños y niñas vieron afectada su salud mental al no tener una respuesta efectiva ante dicha situación que tomó por sorpresa a la sociedad en general.

De esta forma, no resulta complejo pensar en la relación entre la salud mental y la niñez, lo que si se muestra complejo es como entendemos la expresión de su sufrimiento y por supuesto le damos la importancia que se merece; en ese sentido, se debe procurar el poder establecer espacios de promoción y prevención en temas que se relacionan con la salud mental en esta etapa y no seguir actuando como se ha venido haciendo, solo ante la presencia del síntoma.

### **Representaciones sociales sobre la salud mental en la niñez**

Resultado de la expresión o no del sufrimiento psíquico de los niños y niñas, y explícitamente desde su subjetividad, vale la pena reconocer desde su propia experiencia, cómo ellos representan su sufrimiento psíquico, qué significados le atribuyen, y en ese mismo sentido poder comprender que puede considerarse de su propio aprendizaje y el de las personas que hacen parte de los procesos de socialización primaria y secundaria (Augsburger, 2004).

Aquí se presenta una aproximación desde el concepto de las representaciones sociales, como una forma de vislumbrar algunas implicaciones relacionadas de la manera en cómo el niño comprende subjetivamente la salud mental y de ahí las expresiones que puede mostrar en su vida cotidiana, basado precisamente en la concepción de las representaciones y la manera en cómo este relata y le da sentido a su sufrimiento o malestar psíquico.

Para comprender a que hacen relación las representaciones sociales, es pertinente citar a Ibáñez (1988) que dice al respecto del tema:

así pues, la noción de representación social ... antes que nada concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales aprendemos de los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones

que en el circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento espontáneo, ingenuo que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natura, por oposición al pensamiento científico. (Ibáñez,1988, p. 33)

La salud mental ejemplifica una forma de representar una relación con nuestro entorno, no vista como algo abstracto, sino como lo expresan Mori y González Rey (2010) “a fin de cuentas, “quienes” producen representaciones son personas que organizan su conocimiento en relación con los diferentes aspectos de la vida social” (Mori; Rey 2010. p. 211).

Jodelet (1991, citado por Álvarez, 2006), dice que es una representación social y lo explica de la siguiente manera:

Representar o representarse corresponde a un acto del pensamiento por el cual un sujeto se relaciona con un objeto. Esto puede ser bien una persona, una cosa, un evento material, psíquico o social, un fenómeno natural, una idea, una teoría etc.; este objeto puede ser tanto real como imaginario o mítico; en cualquier caso, la presencia del objeto es requerida siempre. No hay representación sin objeto. (p.88).

La explicación anterior acerca de las representaciones sociales nos acerca un poco más a la comprensión por la cual las mismas se dan precisamente en la interacción con el objeto, de ahí la importancia de poder reconocer como el niño representa y le da significado a la salud mental en su vida cotidiana y en la interacción con los otros.

De tal manera que, dar la palabra a los niños y niñas y entender la manera en cómo experimentan su salud mental, nos aparta de la idea generalizada y quizás naturalizada donde se le niega la posibilidad al niño de sentir y mostrar de una u otra manera su sufrimiento, o

como dice Ariés (1987, párr. 4) “partimos de un mundo de representación en el que se desconoce la infancia”.

Siguiendo esta misma línea, Molina (2017) citando a Harper (2008) relaciona algunos conceptos relacionados con la infancia, entre ellos el que considera a los niños como bien inmueble; desde esta perspectiva los niños son considerados como pertenencia de los padres, lo que les da el derecho a cuidarlos y disponer de ellos. Por otra parte, existe, una mirada nihilista del desarrollo, donde las dificultades están determinadas por el desarrollo individual, sobre lo cual hay poca posibilidad de solución. Así mismo, se puede considerar a los niños como inversión económica, una consideración que excluye a aquellos que no tienen capacidad económica. Por otra parte, puede indicarse una perspectiva de los derechos de los niños, la cual vemos constantemente vulnerada y una última que considera al niño como agente de una infancia protagonista, sobre la cual se configura el trabajo de esta tesis con relación a la promoción de la salud mental.

De esta forma, de los adultos que se enmarcan en las tendencias descritas, primeramente, no es raro escuchar expresiones como: “es que él aún no entiende”, “que problemas va a tener él tan pequeño”; contrario a esto, de lo que se trata es de escuchar y comprender lo que el niño desea expresar, entendiéndolo en este caso, como una posibilidad de salud mental.

En este punto, con relación a lo anterior, la teoría de las representaciones sociales nos muestra el concepto de objetivación, como una manera de entender esa relación entre los conceptos y los objetos. La objetivación entonces, tiene que ver con adquisición de la representación social, y propone tres fases para que esta se establezca:

- a) En una primera fase, toda información social que gira alrededor de un objeto y mediante su propia experiencia con el mismo, las personas seleccionan, aglutinan, contextualizan y descontextualizan la información.

- b) Esta selección les permite establecer características “fijas” del objeto, características que permitirán una reproducción en imagen de una estructura conceptual, o sea, los elementos clave que permiten representar al objeto, esto es, crear el denominado núcleo figurativo.
- c) Estas dos fases permitirán naturalizar esa representación, que consiste en dotar a esta representación de un estatus de evidencia, como si realmente refiriera a un fenómeno. (Álvarez 2006, pp. 89-90).

Este primer proceso denominado objetivación, nos puede permitir acercarnos a la forma en como los niños y niñas representan la salud mental, inicialmente entendiendo a partir de sus opiniones respecto al tema, que características le atribuyen y como la recrean desde su subjetividad, con lo cual se determinan las posibilidades de la intervención en términos de promoción de la salud mental.

Entonces, al contemplar la posibilidad de la intervención, vale la pena retomar la idea de Álvarez (2006) sobre una característica importante de la representación y es que esta “se elabora solo alrededor de personas, hechos y objetos que son significativos para la persona” (Álvarez, 2006, p. 90), con lo cual se pone manifiesto la importancia del reconocimiento, asimilación y sensibilización de un tema como la salud mental y más aún en las edades tempranas.

Así mismo, es posible referir a otro proceso que se relaciona con las representaciones sociales y es el anclaje, el cual aparece con nuevas informaciones que se suman a la objetivación para alterarla y consolidarla.

Sobre esto, Álvarez (2006) dice que:

consiste en integrar la información de un objeto dentro del sistema de pensamiento ya constituido, esto es, las personas utilizan las categorías de

pensamiento ya constituidas para darle sentido a los objetos nuevos, desconocidos, inusitados, que aparecen en el campo social. Esto sería la asignación de significado de utilidad a la representación y su objeto. (Álvarez, 2006, p. 91).

Pensar en la salud mental de los niños y niñas puede dar una idea de un desconocimiento del tema términos de cómo se entiende y el significado que se le atribuye en la vida cotidiana y cuáles serían los recursos de los que se dispone para afrontar las situaciones que implican o afectan directamente la salud mental; esta sería una forma de entender en concepto de anclaje que gira alrededor de dicha temática.

De ahí que sea importante reconocer que:

El anclaje es el responsable de las tres funciones básicas de la representación: la función de la integración cognoscitiva de lo novedoso al sistema de pensamiento ya constituido; la función de la interpretación de la realidad y la función de la orientación del comportamiento y las relaciones sociales (Álvarez, 2006, p. 91).

Ahora, cuando se hace referencia al contenido de las representaciones sociales, se dice que, este se organiza en tres dimensiones y aparece en (Álvarez, 2006, citado por Moscovici, 1961) de la siguiente manera:

- a) La dimensión actitudinal contiene la postura evaluativa-afectiva que se toma ante el medio y/u objeto, la valoración que se hace de él la personas y las implicaciones emocionales que le despierta.
- b) La dimensión informativa involucra el conocimiento cualitativo, cuantitativo, como se organizan estos conocimientos “fijos” y la forma de comunicarlos.

c) El campo de representación contiene lo que ya hemos explicado por elementos “fijos” y como elementos alternarles o secundarios. (p. 92).

Las dimensiones entonces, permiten que podamos reconocer de forma personal, como se relacionan y le dan sentido a la salud mental, a la vez que posibilita comprender lo que ellos consideran que es la salud mental, no en términos de una expresión conceptual, sino más bien como la organiza en su vida cotidiana.

Igualmente, en Álvarez, (2006) se hace referencias a las funciones básicas de las representaciones sociales que son: describir, clasificar y explicar, de las cuales se desprenden otras a mencionar: una función de comunicación, que sirve como códigos entre personas a la vez que facilita el mismo proceso, una función que ayuda a orientar los comportamientos a la vez que los justifica, una función de identidad que se relaciona con valores, actitudes y normas, una función normadora de normas intergrupales que permite crear identidad y diferenciar entre ellos y por último una función de integración de lo nuevo, lo inusitado, en sistema de pensamiento establecido, que sirve para el equilibrio cognoscitivo y social.

Con el reconocimiento de las funciones que cumplen las representaciones sociales, podremos comprender a posteriori con el proceso de intervención con los niños y niñas que estudian en básica primaria, como han interiorizado en su momento el tema de la salud mental, su relación con la vida cotidiana y por supuesto la expresión de su sufrimiento.

### **Sobre la promoción de la salud mental y el modelo comunitario.**

Asumiendo que la propuesta de intervención se relaciona con la promoción de la salud mental con niños y niñas desde un enfoque comunitario, se precisa mostrar la importancia de los diferentes conceptos, sobre los cuales será necesario explorar las relaciones que se convierten en el eje de la propuesta, para lo cual inicialmente debemos entender que “la

promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida” (Carta de Ottawa, 1986, p. 4).

Vale la pena resaltar, desde Bang (comunicación personal, 15 de septiembre de 2021), y con relación a la pregunta sobre si es preciso hablar solo de promoción o prevención o de manera indistinta, la preferencia por trabajar con una perspectiva más integral que no parcele tanto los campos de intervención, y que en ese sentido se puede conceptualizar a la promoción como concepto más amplio que la prevención, para lo cual esta autora propone dos textos con los cuales se podrá problematizar el tema, que se discutirán en este apartado.

Cuando se habla de promocionar la salud, la Carta de Ottawa, (1986, p. 2) precisa que, “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”; de esta manera y en concordancia con esta definición se puede ir configurando un objetivo central, ajustado en este caso a la salud mental en los niños y niñas.

En relación con lo anterior, y coherentes con la propuesta de intervención en salud mental, se debe tener en cuenta lo que dice la Carta de Ottawa, cuando menciona que uno de los compromisos en favor de la promoción de la salud es:

- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo que se comprometen a aceptar que la comunidad es portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general (Carta de Ottawa, 1986, p. 5).

Con alguna claridad sobre el concepto de promoción, es importante problematizarlo en aras de entender las siguientes cuestiones: 1) ¿Cómo se definen y cuáles son las estrategias

más adecuadas para promocionar la salud mental para esta población?, 2) ¿Cómo se precisa la participación de los diferentes actores?, 3) ¿Cuál debe ser el rol del interventor?

El trabajo de contextualización y el conocimiento previo de la población, permite pensar algunos detalles que se relacionan con las estrategias, lo que debe permitir a su vez, entender que “las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos” (Carta de Ottawa, 1986, p. 3).

Un escenario como la escuela, en el cual confluyen una variedad de problemáticas que se relacionan con la comunidad educativa, requiere que se reformule la forma tradicional de atención en relación con los problemas que tienen que ver con la salud mental, siendo en este caso la de una atención individualizada, que se basa en la psicopatologización del comportamiento y la estigmatización de quien precisa algún tipo de ayuda, y para ello es necesario entender que:

la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Carta de Ottawa, 1986, p. 4).

De igual manera, es importante *re-pensar* la forma en cómo se concibe la responsabilidad de la salud mental en una comunidad escolar (estudiantes, padres de familia y profesores), la cual regularmente recae sobre la figura conocida como docente orientador que regularmente suele ser un psicólogo o en pocos casos un trabajador social, sin percatarse hasta el momento que se trata de una responsabilidad compartida que debe redundar en beneficio de todos.

Pensado de forma más precisa en el tema de las estrategias, al considerar una población como los niños que se encuentran en un rango de edades entre los 5 y 12 años, la creatividad debe ser un factor ineludible que guíe el proceso, así como el juego, el cual por excelencia se convierte la mejor estrategia. Bang, (2014) habla de juegos tradicionales callejeros en donde se involucran los niños, familia y vecinos, pero más que pensar en las múltiples estrategias que referencia esta autora, su reflexión se da sobre la integralidad de las prácticas que implica retomar con claridad el contexto en el cual se desplegarán las acciones.

En consonancia con la propuesta, se reafirma la oportunidad explícita de poder brindar un espacio para la infancia, en donde se les pueda escuchar, se les entienda en su condición, se les valore, se les comprenda y se les facilite transitar por su salud mental de una forma más asertiva, asumiendo de esta forma la prevención como un factor protector a la hora afrontar la vida cotidiana.

En ese sentido, no se trata de pensar en estrategias aisladas de una realidad concreta, sino en pensar en cómo las personas participan de la planeación, ejecución y evaluación de dichas estrategias con el ánimo de mantener un principio de horizontalidad en la propuesta de intervención.

Lo anterior, con relación a las consideraciones acerca de la participación de los diferentes actores, implica el reconocimiento de todos en un plano de horizontalidad y esto permite reafirmar lo que dice Bang (2014): “la participación es en sí un factor de salud mental” (p.17), como también sustentar el por qué se habla de una intervención psicosocial, en donde se pueda comprender que el tema de la promoción de la salud mental “radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (Carta de Ottawa, 1986, p. 4).

Resulta ser muy interesante como Stolkiner (2014), con relación a la participación en contraposición a una corriente medicalizante, vincula una categoría como la dignidad, la cual en su trabajo ha operacionalizado basada en la definición del Diccionario Latinoamericano de Bioética, en el cual dice “que ninguna persona sea ubicada en el lugar de objeto, de medio o de mercancía, constituyéndose en pilar conceptual de los derechos humanos, entonces es innegable reconocimiento de la voz y la palabra del sujeto en todo proceso que lo implique” (Stolkiner, 2012, p.27).

Así, varios de los elementos ya mencionados, con relación a la participación, la consideración del sujeto y la contextualización, se relacionan con el enfoque comunitario donde, como lo afirma Desviat (2012) es necesario tener en cuenta que:

supone un modelo de salud pública que trasciende la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. (p. 21,22).

El mismo autor, permite poder reafirmar la pretensión de esta tesis, tiene en cuenta que:

El modelo comunitario se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud (por ejemplo, los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social). El modelo comunitario, por consiguiente, requiere la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros

sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los trabajadores sociales, la policía, los magistrados, jueces, y demás interesados (Desviat, 2012, p. 23).

Para concluir, puede abstraerse el reto que implica un trabajo que retoma la complejidad de una etapa como la niñez, el cual persigue como objetivo principal el poder promocionar de manera efectiva el tema de la salud mental, y resultado de esto impactar los procesos de representación y organización de la información, así como favorecer de alguna manera la expresión del sufrimiento de los niños y niñas en su vida cotidiana, lo cual deberá incidir en la manera en cómo los adultos participan en la contención como red de apoyo.

## **METODOLOGÍA**

### **Acerca de los referentes.**

En este apartado, presento la propuesta metodológica para la intervención en promoción de la salud mental con niños y niñas de la I.E Técnica Empresarial el Oasis, esta retoma principalmente a (Bailey, Hawes, Bonati 1992), con una metodología denominada Child to Child; metodología Niño a Niño, a la vez que se nutre de las propuestas de Bang (2013, 2014), Fiorini (1993) quien retoma el tema de la creatividad y por último los aportes de Minnicelli (2013) con su propuesta sobre las Ceremonias Mínimas y su denominación de “cuando el juego es cosa seria”.

Inicialmente, me propongo describir de manera general cada uno de los referentes conceptuales, a la vez que relaciono como sus aportes sustentan la propuesta metodológica, la cual no necesariamente debe mostrarse rígida, en tanto que el mismo trabajo con las niñas y los niños no lo permite, y más bien, a lo que se debe estar dispuesto, es a dejarnos enseñar

de ellos, al mismo tiempo que de manera reiterativa se insiste en permitir su participación real, retornando nuevamente a aquello que Stolkiner y Bang (2014) consideran como factor de salud mental: la participación.

Para empezar, quiero comentar como una experiencia de práctica en mi formación de pregrado en psicología, me permitió conocer algo acerca de la metodología niño a niño (Bailey, Hawes, Bonati 1992), y tras un proceso de investigación con un grupo de pacientes diagnosticados con tuberculosis (TBC) pertenecientes al programa de la ESE Popayán, nos percatamos como 2 niños, uno de 6 meses y otro de 1 año, también estarían contagiados, a la vez que compartirían constantemente con un grupo de niños del mismo barrio, quienes no estarían informados de la situación, debido al desconocimiento sobre la TBC por parte de los padres de los niños con el contagio y los familiares de los otros menores.

Esto nos permitió desarrollar un proyecto de salud relacionado con la TBC; que tendría por objetivo principal trabajar sobre el autocuidado y conocimiento de todo lo relacionado con la enfermedad; participaron un grupo de 12 niños y niñas entre los 5 y 11 años, con los cuales se logró después de todo el proceso, cumplir con el objetivo; de tal manera que, los niños deciden llevar a cabo una obra de teatro para mostrar a los padres de familia todo lo relacionado el contagio, los cuidados, la prevención de la enfermedad en la casa y la comunidad en general.

De ahí que, este ejemplo permita mostrar como con esta metodología se pueden desarrollar acciones encaminadas a trabajar temas de salud con niños, niñas y adolescentes en cualquier espacio formal o informal, que para este caso se trata de la Institución Educativa Técnico Empresarial El Oasis del municipio de Piendamó Cauca.

Esta metodología, pone de manifiesto que el objetivo principal será “que las niñas y niños adquieran los conocimientos, las destrezas y las actitudes necesarias para el autocuidado de

la salud y para que puedan contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de las demás personas” (Bailey, Hawes, Bonati, introducción, 1992), de ahí que, se ponga el acento en el tema de salud mental, como una manera de superar aquello que hegemónicamente se ha reproducido en algunas instituciones educativas con relación a este tema.

Los antecedentes de la metodología niño a niño, se remontan a 1978 cuando se reúnen un grupo de especialistas del Instituto de salud y educación de la Universidad de Londres, que surge como respuesta a Alma Ata en 1977 y es donde se introduce precisamente el concepto de atención primaria en salud.

La metodología, propende por la participación de los niños y niñas en temas relacionados con salud, llevando el conocimiento sobre los temas de salud a la familia y comunidad en general, de tal manera que, se pudiera extender más allá de las clínicas y hospitales; de ahí que la promoción sea de gran importancia, por lo cual la salud mental no será la excepción en el caso del interés de esta tesis.

Me parece importante mostrar, que, si bien nombran a Colombia en una de las experiencias en la ciudad de Bucaramanga Santander en mayo de 1996, el rastreo de la experiencia no ha sido fructífero, con lo cual pongo de manifiesto un principio de innovación, que propone retomar una metodología poco conocida; por lo menos resultado del rastreo bibliográfico y de mi propia experiencia, pero que, sin duda alguna, resulta ser muy atractiva para el trabajo relacionado con los niños y las niñas.

Ahora, con respecto a la participación de los niños y niñas, esta se determina a partir de 6 niveles que van del 0 al 5 en donde se puede reconocer que, según las necesidades o prioridades, aumenta el nivel de participación. Entonces, el nivel 0 demostraría que no hay ningún tipo de enseñanza, por ende, ningún tipo de conocimiento y por supuesto ninguna

habilidad que puedan desarrollar sobre un tema de salud en específico, excepto como lo dicen ellos, aquello que tiene que ver con el conocimiento previo.

Eso quiere decir, que a medida que se avanza en el nivel, los niños y las niñas tendrán la oportunidad de participar en todo el proceso (escogencia del tema, preparación, toma de decisiones, acción y la evaluación). Teniendo en cuenta que el interés de la tesis es el tema de la salud mental, ubicamos el nivel de participación de los niños y niñas en el 4, ya que de aquí en adelante todo será fruto del consenso con los participantes.

Para concluir, la metodología niño a niño (Bailey, Hawes, Bonati 1992), refiere cinco pasos: 1- elegir una idea de salud y entenderla bien, 2- descubriendo más, 3- discutiendo lo encontrado por fuera, y planificación de la acción, 4- toma de acción y 5- discutir los resultados (evaluar).

En este caso, solo me permito nombrar los 5 pasos, que después describiré en detalle, con lo cual reafirmo una postura no rígida por sus propias características, sino por la posibilidad de retomar otros referentes y por supuesto las ideas propias fruto de la experiencia de trabajo en la institución El Oasis durante el año 2015, además de la misma experiencia de haber cursado la Maestría en Intervención Psicosocial.

Con ello, ahora me permitiré mostrar a Claudia Bang (2013, 2014), quien aparece citada en los referentes teóricos con en el tema de la promoción de la salud mental y el enfoque comunitario. Esta autora es Licenciada y doctora en psicología de la (UBA). Máster en Salud Pública internacional y Psicodramatista. Se desempeña como docente de grado y posgrado en la UBA y otras universidades nacionales. Es investigadora de la facultad de psicología, UBA, becaria Posdoctoral del CONICET y coordinadora de proyectos de extensión universitaria.

Con su texto denominado *Creatividad y Salud Mental Comunitaria: Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*, y otros cuantos varios artículos, dedica gran parte de su trabajo a la promoción de la salud mental, para lo cual pone de manifiesto actividades, que vinculan la participación de toda la comunidad en espacios callejeros en donde articula la creatividad, el arte y la salud mental.

De ahí que, sus aportes calan con gran sentido en la formulación de la propuesta de promoción de la salud mental con niños y niñas de la I.E Técnica Empresarial el Oasis, ya que, aunque se trata de un espacio educativo, la presente tesis se relaciona con el modelo comunitario y la posibilidad de integrar actividades creativas con la cuales la promoción pueda ser más efectiva en un espacio como la escuela.

Con Bang (2014), quién pone en práctica el tema de la creatividad, me permite referirme a Fiorini (1993) citada por Rodríguez (2012) en un texto denominado *Del silencio de los niños*, y es quien retoma más el tema de las definiciones como tal. Inicialmente menciona que el término etimológicamente proviene de la palabra “criar”, “criare”, lo que implica la posibilidad de hacer nacer una cosa, pero de igual manera pone de manifiesto que no solo se trata de la creación de un objeto sino la de un sujeto, lo que significa para el trabajo con los niños y niñas de la I.E El Oasis, la posibilidad de permitir que emerja la subjetividad, que es lo que seguramente se les ha negado por mucho tiempo en términos de salud mental.

También, retomando a Fiorini (1993), es muy importante tener en cuenta que, si bien se trata de niños y niñas, no se debe desconocer lo que ellos traen, porque no se crea de la nada, sino que precisamente hay una historicidad que va en consonancia con la metodología niño a niño.

Para finalizar, antes de entrar con la presentación de la propuesta, retomo el trabajo de Minnicelli (2013) denominado *Ceremonias Mínimas* y el tema relacionado con “cuando el

juego es cosa seria”, que por tratarse de un trabajo con niños y niñas al igual que lo anteriormente presentado, debe constituirse como parte esencial y transversal a todo el desarrollo de la propuesta.

Hablar de ceremonias mínimas, en palabras de Minnicelli (2013) tiene que ver con un “dispositivo socio-educativo y/o clínico-metodológico, clave y llave para múltiples intervenciones posibles” (p. 43), el cual se entiende como una metáfora, en tanto que permite pensar las intervenciones de un modo no convencional, que concuerda precisamente con las pretensiones de la presente tesis.

De igual manera, Minnicelli (2013) plantea como la vida cotidiana de las instituciones educativas está relacionada con gran cantidad de rituales que pasan inadvertidos, y por el hecho de normalizarlos, con relación a la salud mental, podrían estar dando pistas de comportamientos que pueden resultar en acciones no esperadas.

Entonces, del interés propio de esta intervención, se trata de darle un lugar a la expresión del sufrimiento de los niños y niñas, sin que sea visto en términos de la psicopatologización de su comportamiento, sino más bien, el pensar en una posibilidad de reconocer la subjetividad y las maneras en cómo esta emerge en los espacios en los que el niño o niña comparte constantemente, que para este caso es la escuela.

Esos espacios de interacción, sin duda alguna están mediados por el juego, artefacto que de una u otra manera hemos subutilizado en algunos casos, asumiendo que el recreo es por excelencia el “momento” único de jugar y no el salón, por ejemplo.

De ahí que, en la propuesta de ceremonias mínimas, se diga que:

“El juego cosa seria, es un dicho que recortamos a modo de ceremonia mínima.

Ese dicho, a su vez, revaloriza lo que es crear condiciones de posibilidad para otras escenas posible. Crear espacios transicionales. Dar lugar a los objetos

mediadores portadores de cultura para hacer con ellos, transformándolos”

(Minnicelli, 2013, p. 65).

Atentos a todo aquello que los niños y niñas tienen que decir en términos de salud mental, Minnicelli (2013), ha de insistir que “las ceremonias mínimas, en cuanto metáfora, resultan de la escucha activa de una forma discursiva que se recorta, circunscribe y puntualiza en función de lo dicho y de hechos” (p. 49).

Y se reitera de la siguiente manera:

“El reconocimiento de aquello que podemos identificar como ceremonias mínimas resulta de la escucha de un dicho, un hecho o una acción que recortamos en los dispositivos institucionales y sociales, sea para su interrogación o análisis – cuando lo reiterado se encuentra naturalizado o encriptado” (Minnicelli, 2013, p. 54).

Quizás con esto no sea difícil imaginarse que la salud mental de los niños y niñas sea una referencia pensable.

Además, el mismo referente deja claro que:

“De la solemnidad que se asigna a las ceremonias en general, nos quedaremos con lo que implica dar importancia, otorgarle valor, investir de acto significativo a los actos cotidianos de los escenarios educativos, sociales [...] como instancia clave de reproducción de subjetividad” (Minnicelli, 2013, p. 54).

He aquí una clara referencia de esta tesis relacionada con la promoción de la salud mental con niños y niñas, en donde se puede ubicar claramente un punto de partida en la implementación.

Ahora con Minnicelli (2013), corroboramos la intencionalidad de involucrarla en la presente tesis ya que: “las ceremonias mínimas no se definen entonces ni por el tamaño ni

por la envergadura del acto; al contrario, se trata de otorgarles a los pequeños actos el carácter de grandes acciones que se van enlazando entre sí, gestando nuevas redes discursivas y fácticas” (p. 54).

Para concluir, es preciso tener en cuenta como las ceremonias mínimas en términos de intervención: “implican un reposicionamiento subjetivo de los adultos ante los niños, niñas y adolescentes” (Minnicelli, 2013, p. 55); con lo cual es necesario pensar como la salud mental vista desde los adultos implica desaprender y reconfigurar un panorama quizás de “aquello que nos fue negado” como una posibilidad de que sean los niños y niñas los que puedan transitar en su devenir, reiterando así, una posibilidad de ejercer la salud mental.

A continuación, de acuerdo con el recorrido por los referentes mencionados, me permito presentar la propuesta metodológica.

## **PROPUESTA METODOLÓGICA**

### **Promocionando-ando la Salud mental**

Descripción de la población: el grupo estaría conformado por treinta estudiantes en promedio, teniendo en cuenta que estos se escogerían aleatoriamente entre los estudiantes de transición a grado quinto, lo que quiere decir que por curso participarían cinco estudiantes. En conjunto con los profesores y padres de familia, se procede a escoger de manera aleatoria los niños y niñas que iniciarían el proyecto de intervención, se trata de una participación voluntaria.

Para esto, nos apoyaremos en la siguiente estrategia:

### **Preparando el terreno**

Reunión previa con estudiantes, padres de familia docentes de primaria, invitación a docentes en general y directivos docentes, en donde se hará la presentación de la propuesta

de intervención y todo el proceso de contextualización general del proyecto, con esto podremos conocer las impresiones y las motivaciones para hacer parte como ejecutores del proyecto.

Resultado de esto, se conformará el grupo y acto seguido se procederá a diligenciar los consentimientos y asentimientos informados, lo que dará paso para establecer unas reglas mínimas de compromiso con las actividades que se propongan dentro y fuera de la institución educativa, con lo cual involucramos a los adultos y concretamos su participación en futuras actividades.

De tal manera que, este proceso inicial concluye con una primera reunión con los participantes escogidos y sus padres, lo que servirá como una fase pretest, que tiene como propósito indagar acerca de los conocimientos previos sobre salud mental, las situaciones que ellos identifican como “problemáticas” con sus hijos, la forma en como han venido actuando frente a dichas situaciones y en general sus impresiones en relación con el tema.

## **FASE 1: APREHENDIENDO Y RE-CONOCIENDO**

### **Actividad 1:** Cartografía del cuerpo

**Objetivo general:** Identificar las representaciones sociales con relación al tema de la salud mental.

**Tiempo:** 2 horas.

**Recursos:** 30 pliegos de papel periódico, 30 marcadores de diferentes colores.

**Descripción:** Los niños y niñas utilizarán los materiales para dibujar su silueta en el papel periódico, seguido a esto, las instrucciones serán que: ubiquen y escriban en su cuerpo aquello que constantemente piensan (cabeza), aquello que constantemente sienten (corazón) y aquello constantemente hacen (manos), la orientación del interventor servirá para dar

ejemplos en caso de ser necesario; los más pequeños que aún no escriben, dibujarán y se les ayudará en el proceso de plasmar la ideas clave. Después de 30 minutos, se realizará una reflexión con relación a lo que constantemente piensan, sienten y hacen y se guiará hacia la relación con el tema de salud mental, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: como aquello que pensamos, sentimos y hacemos en nuestro diario vivir se relaciona con los aspectos que se vinculan con nuestra salud mental.

**Resultados esperados:** Cada uno de los participantes relatará su historia y se podrán identificar las representaciones sociales con relación al tema de la salud mental.

Actividad 2: La escalera de la salud mental

**Objetivo general:** Favorecer el reconocimiento de los factores que se relacionan con la salud mental.

**Tiempo:** 2 horas.

**Recursos:** Juego de escalera (diseño adaptado para salud mental), un dado grande.

**Descripción:** Con la adaptación del juego clásico de la escalera, que consiste en ir avanzando por los números, en este caso del 1 al 30, en donde aparecen escaleras con las cuales se puede avanzar o retroceder, además de unas casillas en donde aparecen preguntas o instrucciones para realizar algo; se procederá a que el grupo se divida en 3 subgrupos de 10 personas cada uno, a quienes se les entregará su respectivo tablero (anexo 1. La escalera de la salud mental) y un dado. Se explica entonces, que el juego consiste en avanzar por el tablero hasta llegar al último escalón, en el recorrido se encontraran con una serie de preguntas relacionadas con la salud mental (anexo 1) que estarán ubicadas en los números que sean asignados para ello, con la palabra pregunta y una tarjeta de color azul que las distingue; también aparecerán una serie de retos (anexo 1) que deben cumplir para avanzar y

que igualmente estarán ubicados en las casillas denominada reto y aparecerán distinguidos con una tarjeta de color amarillo. Se trata entonces, que las preguntas y retos den cuenta de la variedad de factores que se relacionan con la salud mental. El interventor pasará por cada uno de los grupos aclarando las dudas y tomando nota atentamente de todo lo que acontece.

**Resultados esperados:** Los participantes habrán expresado a través de las preguntas y retos como se relacionan con la expresión del sufrimiento psíquico y las dificultades para expresarlo.

## **FASE 2: EXPLORANDO EL CONTEXTO**

**Actividad 1:** Preguntando y aprendiendo.

**Objetivo general:** Aprender más con la familia y comunidad en general sobre aquello que entienden por salud mental.

**Tiempo:** 1 hora de trabajo individual. 2 horas de trabajo grupal.

**Recursos:** Celular, Tablet, audífonos.

**Descripción:** Los menores en compañía de un adulto, realizarán unas cortas entrevistas a familiares y amigos del barrio, para conocer que saben de la salud mental. Con dos preguntas sencillas recopilarán información que después será compartida y reflexionada en la sesión grupal. Las preguntas para la entrevista serán: 1. ¿Qué sabe sobre la salud mental? 2. ¿Me puede compartir un ejemplo relacionado con la salud mental? La reflexión de la sesión grupal, consiste en poder ver todas las entrevistas y recoger las impresiones de lo que dicen los entrevistados, para poder aclarar las dudas y profundizar en los conocimientos relacionados con el tema.

**Resultados esperados:** Los participantes habrán reconocido, escuchado y comprendido las reflexiones de sus familiares y amigos, a la vez que reflexionarán sobre ese aprendizaje.

**Actividad 2:** Investigando más sobre salud mental.

**Objetivo general:** Recopilar información sobre la salud mental en niños.

**Tiempo:** 2 horas.

**Recursos:** Sala de internet, profesores responsables, libreta de apuntes.

**Descripción:** En esta oportunidad haciendo uso de los medios tecnológicos, con la guía del docente de sistemas, los niños y niñas realizarán una búsqueda en la internet de lo que es la salud mental en los niños, sobre la cual tomarán apuntes de aquello que les llama más la atención y después de ese proceso, se reunirán en grupo para compartir aquello que encontraron. Se hará el respectivo acompañamiento y se aclararán las dudas que se den a lugar. En el trabajo grupal, se incluye la reflexión de cómo la búsqueda de información posibilita o podría de alguna manera significar, que los niños y las niñas comprendan nuevas formas de expresar su sufrimiento psíquico.

**Resultados esperados:** Los niños y niñas recopilarán la información pertinente con relación al tema de la salud mental en niños y niñas.

### **FASE 3: REFLEXIONANDO Y PLANIFICANDO**

**Actividad 1:** ¿Qué hemos aprendido?

**Objetivo general:** Recordar e interiorizar lo que se ha aprendido acerca del tema.

**Tiempo:** 2 horas.

**Recursos:** 6 pliegos de papel periódico, marcadores, revistas usadas.

**Descripción:** Por grupos de 5 personas, los participantes plasmarán a partir de una historia contada con recortes de revistas aquello que han aprendido sobre la salud mental de los niños y niñas; lo harán con imágenes que den cuenta de aquello que consideran han aprendido hasta

el momento acerca de la salud mental en niños y niñas. La exposición por grupos permitirá la retroalimentación de los otros grupos y por supuesto la del interventor.

**Resultados esperados:** Los participantes habrán reflexionado acerca de sus aprendizajes, a la vez que habrán de aclarar las dudas pertinentes.

**Actividad 2:** Lluvia de ideas.

**Objetivo general:** Generar las propuestas con las cuales se podrá compartir la información aprendida con los compañeros de grupo, estudiantes de otros grados, padres de familia y profesores de la institución educativa.

**Tiempo:** 2 horas.

**Recursos:** Tablero, marcadores, cuaderno de apuntes.

**Descripción:** El interventor propiciará la discusión a través de una lluvia de ideas, que debe tener en cuenta, como se hará para explicar a sus compañeros de salón, de bachillerato, padres de familia y profesores aquello que han aprendido acerca de la salud mental en niños y niñas hasta el momento. Se trata de pensar en la promoción a manera de réplica, teniendo en cuenta que será lo más creativo posible.

**Resultados esperados:** Los participantes habrán definido las actividades con la cuales se compartirá la información acerca de la promoción de la salud mental con la comunidad escolar de la I.E Técnico Empresarial El Oasis de Piendamó, Cauca.

**FASE 4: MANOS A LA OBRA**

**Actividad 1:** Caja de pandora Promoción de la salud mental.

**Objetivo general:** Promocionar la salud mental en la Institución Educativa el Oasis.

**Tiempo:** 4 horas

**Recursos:** Según la actividad determinada por el grupo y la población a quien iría dirigida.

**Descripción:** En este punto, los niños y niñas habrán seleccionado de una gama variada de actividades, aquellas que consideran pertinente para poder compartir el mensaje de promoción de la salud mental con sus compañeros de clase, sus compañeros de otros cursos incluido bachillerato, los padres de familia y los profesores. A manera de proyección, se relacionan de manera general algunas de las actividades basadas en las intenciones de la propuesta, se podría tratar entonces de juegos temáticos ubicados por toda la institución educativa, exposiciones creativas por grupos, representaciones cortas (puestas en escena) por grupos acerca de algún aspecto de la salud mental, murales, creación de material audiovisual, etc.

Con esta proyección, se pone manifiesto una gama que depende exclusivamente de la elección del grupo y su consenso, coherentes así con la propuesta de dejarnos enseñar de los niños y niñas y del nivel de participación que propone Niño a Niño (Bailey, Hawes, Bonati 1992), y por su puesto los referentes ya expuestos.

**Resultados esperados:** Los estudiantes habrán desarrollado las actividades propuestas para dar cumplimiento al objetivo.

## **FASE 5: EVALUANDO Y MEJORANDO**

**Actividad 1:** Monitoreo – Evaluación.

**Objetivo general:** Recibir la respectiva retroalimentación del proceso de promoción de la salud mental.

**Tiempo:** 4 horas.

**Recursos:** Cámara de video, micrófono.

**Descripción:** El monitoreo se hará en cada una de las fases, a través de un diario de campo se consignarán las impresiones resultado de cada uno de los procesos y se compartirán con los participantes de manera tal que se pueda ejercer la participación sobre aquello que va sucediendo y se puede ir retroalimentando. La evaluación que se relaciona con el proceso de la réplica – en donde se cumple con la promoción, se realizará a través de una creación audiovisual, en donde los niños y niñas nuevamente tendrán la oportunidad de entrevistar a sus compañeros, profesores y padres de familia, sobre las impresiones que le ha dejado el trabajo realizado por ellos. Material que servirá para su posterior análisis en una sesión grupal, que complementará un producto audiovisual para compartir con toda la comunidad educativa.

Reitero aquí, que esta es una de las posibilidades, en tanto que es discusión con el grupo se podrá concretar otra forma de evaluación, resultado del consenso con el grupo.

**Resultados esperados:** Se describirán en un documento escrito los resultados del monitoreo y compartirá el producto audiovisual de todo el proyecto.

### **Reflexiones finales.**

He diseñado una metodología coherente con la presentación del tema de la promoción de la salud mental con niños y niñas de la I.E El Oasis, que retoma de manera clara las intenciones de la participación directa de la población en todo el proceso, excepto la escogencia del tema, se trata de una metodología no rígida, ya que el mismo trabajo no lo permite, entonces esboza las posibilidades de lo que significa trabajar con niños y niñas.

Se trata entonces, de estar atento de involucrar el componente creativo de las acciones y de las personas; crear espacios que se puedan considerar como Ceremonias Mínimas (Minnicelli, 2013), motivar a los niños y niñas a explorar el tema de la salud mental, poder

compartirlo con sus pares y las personas mayores representadas por sus padres y maestros que seguramente en la cotidianidad están aprendiendo de ellos.

De igual manera, poder jugar con los niños y las niñas, ofrece posibilidades infinitas de aprendizaje mutuo, a la vez que se constituye en una de las formas más naturales en donde el niño y la niña expresan lo que son y lo que vivencia en su vida cotidiana, dándole así ese carácter de el “juego como cosa seria” del que habla Minnicelli (2013).

En términos de expectativas profesionales, implica un proceso retrospectivo y autorreflexivo, resultado de la experiencia en algunas instituciones educativas del departamento del Cauca, y la posibilidad latente de retornar a ellas con una propuesta que dé cuenta de una manera diferente de intervenir, en este caso con un tema como la salud mental, que en los últimos tiempos nos ha puesto a repensar aquello que se debe mejorar para favorecer los procesos de autocuidado y los aspectos relacionales en una etapa como la infancia.

## **REFERENCIAS.**

Álvarez Bermúdez, J. (2006). Estudios de las creencias, salud y enfermedad. Madrid: Trillas.

Ariés, Philippe. (1987). El Niño y la Vida Familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus.

Augsburger, Ana C (2004). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuaderno médico sociales 81: 61-75.

Bailey, Donna; Hawes, Hugh; Bonati, Grazyna. (1992). The Child to child. The Child-to-Child Trust

Bang, Claudia. (2014). La comunidad y su participación en una experiencia colectiva de promoción de salud mental comunitaria. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bang, Claudia. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399

Bertolote, José M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland. *World Psychiatry* 2008; 7:113-116. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33813117/Origenes\\_del\\_concepto\\_de\\_salud\\_mental-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634342429&Signature=aw6-D1EYRvPRqiVdla7I9P4KYvY4CKJRMak1QgZAHktGWO6D75SGLfVyku65SQ1vc903-JFmA67Ws~CUX2PLC1ZDvX~u4sWkNcIqa4tmaU9SwneJiZ05Wd58FuAfRYujvllphh4Nzx1zgAnaR0~AJu43JcjfuCizN1ew1DSAdEYvCmRJgBd6HiFMtG8-6kkZpii2Ny0Q30ovUgsykg9fw5e68AK0AOgm5zCCH43ckGQW6NpZz4AOnEAvHbcB1](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33813117/Origenes_del_concepto_de_salud_mental-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634342429&Signature=aw6-D1EYRvPRqiVdla7I9P4KYvY4CKJRMak1QgZAHktGWO6D75SGLfVyku65SQ1vc903-JFmA67Ws~CUX2PLC1ZDvX~u4sWkNcIqa4tmaU9SwneJiZ05Wd58FuAfRYujvllphh4Nzx1zgAnaR0~AJu43JcjfuCizN1ew1DSAdEYvCmRJgBd6HiFMtG8-6kkZpii2Ny0Q30ovUgsykg9fw5e68AK0AOgm5zCCH43ckGQW6NpZz4AOnEAvHbcB1)

sPE4xIIIJ4VmWtmh6HgYGp3EDGbymxNGAP1C8t1XxFcnIjKbW8I3DWO6ZDa6IBO15  
AhJdA0E-U-y5QcawOwLQCG5g\_\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Congreso de Colombia (enero 21 de 2013). Ley N° 1616. “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Chávez, Ana; Macías, Luis; Klein, Alejandro. (2012). Salud mental y malestar subjetivo. Debates Latinoamérica. Buenos Aries: Manantial.

Ciclo de video conferencias interactivas 2015. Dra. Luz Arenas Monreal. Promoción de la salud y la metodología niño a niño. [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=Hi-gfEBZEs>

Desviat, M, Morena A (2012). Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife, 6-9 junio 2012.

Desviat, M. (2007). Crítica a la razón psiquiátrica. Archipiélago. núm. 76/2007

Desviat, M. (2007). De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. Libro psiquiátrico Léganos.

Galende, Emiliano (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Argentina. Ed. Paidós.

Gobierno de México. Promoción de la salud y la metodología niño a niño. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3909-promocion-metodologia-nino-a-nino.html>

Ibáñez, Tomas. (1988). Ideología de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.

Minnicelli, Mercedes (2013). Ceremonias Mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo. Santafé: Ed Homo Sapiens

Molina, Carlos. (2017). Construcción social de la salud mental y la psiquiatría. Bogotá, Universidad Externado de Colombia

Mori, Valeria, González, Fernando (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. Investigaciones en psicología social clínica.

Organización Mundial de la Salud -OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Stolkiner, Alicia (2003). Teórico número 4. “El concepto de salud de la OMS”. disponible en [www.psi.uba.ar](http://www.psi.uba.ar)

Stolkiner, Alicia (2014). Nuevos actores del campo de la salud mental. En Intersecciones Psi. Revista electrónica de la Facultad de Psicología – UBA. Año 2 – Número 4 – octubre 2012. Disponible en: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_3/stolkiner\\_nuevos\\_actores\\_del\\_campo.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf)

**Anexos**

**Anexo 1:** La escalera de la salud mental.



**Preguntas** (tarjetas azules):

- 📖 ¿Para ti qué es la salud? Puedes dar un ejemplo.
- 📖 ¿Sabes a qué hace referencia la palabra promoción?
- 📖 ¿Cuándo hablamos de la palabra mental, a qué hacemos referencia?
- 📖 ¿Qué entiendes por salud mental? Dame un ejemplo.
- 📖 ¿Qué es lo que más disfrutas de tu colegio?
- 📖 ¿Qué te gustaría hacer cuándo seas más grande?
- 📖 ¿Qué debo hacer cuando tengo un problema?
- 📖 ¿Cuando tienes un problema a quien acudes? Ejemplo del colegio, familia.
- 📖 ¿Qué sucede contigo cuando no te va bien en algo que no puedes tener o lograr?
- 📖 ¿Qué sucede contigo cuando algo te sale muy bien?
- 📖 ¿Cuándo te sientes triste qué haces?
- 📖 ¿Cuándo estás feliz que haces?
- 📖 Si notas que alguno de tus compañeros está muy triste ¿Qué harías?

**Retos** (tarjetas amarillas):

- Cuenta una corta historia de algo que te causo mucha felicidad.
- Cuenta una corta historia de algo que te causo mucha tristeza.
- Haz una pequeña demostración de aquello que más te gusta hacer. (ejemplo: cantar, bailar)
- Debes cantar una canción como si estuvieras llorando.
- Debes cantar una canción como si estuvieras riéndote.
- Debes cantar una canción como si estuvieras bravo.
- Dirígete a uno de tus compañeros, dale un abrazo y dile unas palabras.
- Debes hacer reír a uno de tus compañeros.

