



**SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD**  
**SOCISALUD**

***LA ESCUELA SALUDABLE :***  
***UN HORIZONTE***

***GRUPO DE TRABAJO ESCUELA Y SALUD***

## ÍNDICE :

1. INTRODUCCIÓN
2. LOS ESPACIOS ESCOLARES Y SU ACCESIBILIDAD. PROPUESTAS DE MEJORA
3. LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS COMEDORES ESCOLARES. PROPUESTAS DE MEJORA
  - 3.1 SALUD NUTRICIONAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO
  - 3.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. MALNUTRICIÓN, OBESIDAD Y TCA
  - 3.3. NUTRICIÓN ADECUADA Y ESCUELA
  - 3.4. LOS COMEDORES ESCOLARES
  - 3.5 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMEDORES ESCOLARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID
4. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL. UNA HERRAMIENTA PARA LA SALUD Y LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ALUMNADO.PROPUESTAS DE MEJORA
5. LA ESCUELA PROMOTORA Y EDUCADORA EN SALUD
  - 5.1 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES
  - 5.2 EL PAPEL DEL PROFESORADO COMO AGENTE DE SALUD Y LA ENFERMERÍA ESCOLAR. PROPUESTAS DE MEJORA
  - 5.3 IMPLANTACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS). ASPECTOS A TENER EN CUENTA
  - 5.4 EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)
  - 5.5 EL CURRÍCULO OCULTO DEL CENTRO.
  - 5.6 LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS GENERALES
- 7.- ANEXOS
  - I. MODELO DE COMEDOR ESCOLAR
  - II. INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN EDUCACIÓN SANITARIA Y FOMENTO DE LA SALUD INTEGRALES EN LAS ESCUELAS. OMS. GINEBRA 1997)
  - III. SITUACIÓN ACTUAL. RESULTADOS DEL ESTUDIO HBSC 2018
  - I V. SALUD MENTAL E INFANCIA EN EL ESCENARIO DE COVID 19. UNICEF ESPAÑA
  - V. ALEGACIONES A LOS DECRETOS DE E. PRIMARIA Y SECUNDARIA OBLIGATORIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

- **“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. OMS.**
- **"Las escuelas desempeñan una función vital en el bienestar de los estudiantes, las familias y sus comunidades, y el vínculo que existe entre la educación y la salud nunca antes había quedado tan patente". Dr. Tedros Adhamon Ghebreyesus, Director General OMS Junio 2021.**
- **"La educación y la salud son derechos humanos fundamentales e interdependientes para todos, radican en el núcleo de cualquier derecho humano... (...) Una escuela que no promueva la salud ya no es justificable ni aceptable." Audrey Azouley, Directora General de la Unesco, Junio 2021.**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Cuando desde SOCISALUD surge la necesidad de crear diferentes grupos de trabajo para elaborar propuestas para la mejora de la Salud en la Comunidad de Madrid, no podía faltar un grupo de trabajo dedicado a la Educación con el objetivo de conseguir unas escuelas saludables para nuestros niños y niñas.

Una escuela que tenga como objetivo principal el desarrollo integral de los escolares y su entorno, estableciendo relaciones armónicas con ellos mismos y con los demás en sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Una escuela que fomente estilos de vida saludable de la población en edad escolar y que se proyecte a sus familias y comunidades, a través de los sistemas de educación y salud.

La escuela ocupa un lugar fundamental en la vida de los niños y niñas. Es el lugar donde pasan la mayor parte de su jornada y determina su desarrollo a nivel físico, social e intelectual. Si conseguimos que los niños se desarrollen en una escuela saludable, conseguiremos que adquieran unos hábitos y costumbres que permanecerán a lo largo de su vida.

¿Qué características tiene una escuela que promueve la salud?

La Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) elaboró recientemente el documento “Generar escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela”, con el objetivo de ayudar a los miembros de la comunidad educativa a impulsar y participar en este proceso de convertir a la escuela en un ambiente saludable y seguro.

Según la UIPES, una escuela promotora de la salud contempla los siguientes principios de actuación:

- Integra la salud en las actividades cotidianas de la escuela, en el programa curricular y en los criterios de evaluación
- Aborda las cuestiones de salud y bienestar de todo el personal de la escuela
- Promueve la salud y el bienestar del alumnado
- Ofrece un entorno seguro y de apoyo
- Fomenta la participación de los estudiantes y el desarrollo de su potencial
- Defiende principios de justicia social y equidad
- Relaciona al sistema educativo con los sistemas de salud
- Promueve la colaboración con los padres y madres del alumnado y con la comunidad toda.
- Establece objetivos realistas de promoción de la salud sobre la base de un diagnóstico preciso y de la evidencia científica disponible sobre los distintos temas de salud.
- Busca mejorar continuamente las condiciones de salud mediante la supervisión y la evaluación.

El Grupo de Trabajo ha tomado muy en cuenta las consideraciones y propuestas de

- Informe del Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas. OMS.Ginebra.1977 /Anexo I)
- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 2018 (Anexo II)
- Salud Mental e Infancia en el escenario de Covid 19. UNICEF Comité Español 2019 (Anexo III)
- Recomendaciones del Grupo Escocés de Educación para la Salud
- Malnutrición, Obesidad Infantil y Derechos de la Infancia en España. UNICEF Comité Español.2019

## 2. LOS ESPACIOS ESCOLARES Y SU ACCESIBILIDAD. PROPUESTAS DE MEJORA

Un espacio lo forman o definen elementos muy diversos. Los espacios pueden ser naturales (unos árboles, un río o una sombra), arquitectónicos (cuatro paredes definen un aula), humanos (un grupo de niños o una muchedumbre), mecánicos (creados por proyecciones sobre paredes), etc.

En general, los espacios son creados por el ser humano para realizar diferentes actividades. Los espacios educativos, por ejemplo, ya sean culturales, de ocio o escolares se crean con la finalidad de ejercer directa o indirectamente una función educadora. Por su contribución a conformar la personalidad de los individuos, por las interacciones formales y no formales que se crean en ellos, tienen un valor indiscutible. Recordemos el ágora, la plaza tradicional creada como un espacio para la función primordial de reunión y de relación ciudadana.

Los “espacios escolares”, uno de los espacios educativos más relevantes, vienen determinados por un conjunto de elementos que conforman un ambiente de oportunidades creados con la finalidad de lograr en todos los alumnos y alumnas el máximo desarrollo de sus capacidades evitando que sean disminuidos u obstaculizados por cualquier circunstancia de carácter social, geográfico, étnico o cultural.

El reconocimiento de que los orígenes del desarrollo de la inteligencia en los seres humanos se sitúan en las interacciones que estos realizan en el medio en el que viven y que el sujeto construye su propio aprendizaje en interacción con su medio social, sitúa a los espacios escolares como un factor poderoso de aprendizaje.

Efectivamente, los espacios escolares constituyen una forma silenciosa e indirecta de los procesos educativos. Su organización refleja, en gran medida, cómo están reguladas en el centro la convivencia, el tipo de disciplina, la metodología predominante, etcétera. Una distribución de espacios que favorezca la autonomía y la individualización, por ejemplo, influye en gran medida en la cantidad y calidad del desarrollo de los niños y niñas, así como en las interacciones sociales que se establecen entre ellos.

De ahí, la importancia de conformar espacios agradables, acogedores, saludables y prácticos, a fin de lograr un óptimo ambiente de aprendizaje y de bienestar. El espacio educa incluso en sus cualidades y atributos: se relaciona no sólo con el diseño sino también con la naturaleza de los materiales, texturas, colores y conjunto de estímulos utilizados para su construcción. Todos los elementos que lo conforman: la luz, el color, el sonido, el mobiliario, etc. influyen mucho a la hora de desarrollar actividades educativas.

En la planificación del espacio escolar hay que tener en consideración factores externos (clima, orientación, iluminación, ventilación, materiales a emplear, etc.), como en la disposición de los elementos que lo conforman que deben ser flexibles, polivalentes y

posibiliten modificaciones para adaptarse a la diversidad del alumnado. Los espacios han de responder a las características, ritmos y necesidades de los alumno/as y de los adultos responsables del proceso de aprendizaje.

En general hay que considerar una serie de cuidados en el edificio: Elegir materiales duraderos y de fácil mantenimiento que por su composición no contengan sustancias tóxicas; facilitar recorridos dentro del edificio atendiendo a la diversidad funcional y señalarlos adecuadamente a fin de evitar accidentes, o situaciones de desconcierto; disponer de mobiliario adaptable en altura a diversas fisonomías; cuidar los principales factores de riesgo, entre ellos los patios y zonas de recreo inadecuadas, escaleras, puertas, ventanas, etc.

En cuanto al aula su organización y adecuación es de suma importancia, ya que es el espacio donde se producen los principales procesos de aprendizaje. El paso de la pedagogía de la homogeneidad a la pedagogía de la diversidad requiere reemplazar el aula concebida para un proceso expositivo y pasivo de los alumnos, por un espacio flexible y dinámico que permita alteraciones, modificaciones y variantes acordes a las necesidades del alumnado. El aula debe conformarse para permitir diferentes tipos de agrupamientos del alumnado: gran grupo, pequeño grupo, parejas, también para la posibilidad del aislamiento y trabajo o juego individual. Su mobiliario: mesas, sillas, pizarras, estanterías, etc. ha de ser práctico para que pueda adaptarse a diferentes actividades, así como su disposición a fin de facilitar la relación entre el alumnado entre sí y con el profesor. Mesas que sirvan para trabajar individualmente o en grupo, abatibles que se utilicen para trabajar y luego puedan guardarse para utilizar todo el espacio para actividades dinámica.

Es importante destacar que el espacio educativo, no sólo se refiere al aula ya que el proceso educativo, formal y no formal se produce en diferentes espacios de la escuela: patio de juegos, aseos, pasillos, comedores etc. Cualquier espacio del centro puede cobrar una dimensión educativa. No sólo el aula, toda la escuela puede ser un recurso para el desarrollo y el aprendizaje. Por ejemplo, el patio del colegio es un espacio olvidado y no se tiene en cuenta el potencial del mismo, otorgándole únicamente carácter expansivo. Los patios están pensados, en general, al margen del proyecto pedagógico de los centros y de las necesidades de desarrollo de los menores. La mayoría de ellos son espacios homogéneos, carentes de espacios de socialización y juego libre, y muestran una falta de atención a las diferentes etapas de desarrollo de los escolares. Pero, si les concedemos significatividad, se convierten en espacios que ofrecen multitud de experiencias, aprendizajes, descubrimientos, interacciones, etcétera. Por lo tanto, se han de utilizar como un recurso educativo más, igual de importante que el resto. Repensar los patios, también en los centros de secundaria, es una auténtica necesidad.

Los comedores escolares son asimismo espacios muy adecuados para la promoción de una alimentación sana y equilibrada. Aparte que desde las diferentes actividades curriculares se puede trabajar el concepto de alimentación equilibrada y las formas de alcanzarla, hay cada vez más el alto porcentaje de los niños y niñas que comen en los comedores escolares,

por lo que disponer de menús saludables y equilibrados es un excelente punto de partida para que vayan aprendiendo hábitos y costumbres saludables.

Por otra parte, hay que reconocer la importancia de los espacios escolares externos al centro escolar, así como contemplar la posibilidad de utilizar los del centro por parte de la comunidad local, en horarios alternativos al escolar, cuestión que sin duda es más relevante en contextos urbanos vulnerables, con grandes carencias de equipamientos educativos culturales y recreativos.

Si los espacios hay que cuidarlos en todas las escuelas, desde la infantil hasta la educación secundaria y profesional, es mucho más necesario en el caso de una **“escuela inclusiva”** que acepta la diversidad de su alumnado como un valor, en donde las diferencias no se convierten en desigualdades, en la que la individualidad de cada persona se beneficia de una educación adaptada a sus necesidades, en la que todas se sienten parte activa del centro al reafirmar sus capacidades, talentos y habilidades. Una escuela inclusiva necesita por supuesto currículos flexibles y metodologías adaptadas a la diversidad de sus alumnos, programas de apoyo de atención individualizada, pero también espacios escolares accesibles, sin barreras de todo tipo: ni físicas, que impidan la movilidad o dificulten el acceso al uso de espacios, objetos y servicios en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad; ni actitudinales, con conductas, palabras o estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso, en condiciones de igualdad, de todas las personas; ni comunicativas con aquellos estudiantes con discapacidades auditivas.

## PROPUESTAS DE MEJORA

- Reivindicar la importancia de diseñar y construir espacios escolares saludables para garantizar el bienestar físico, emocional y social de los menores.
- Reclamar planes de desarrollo, proyectos y estrategias conducentes a mejorar los espacios escolares para que realmente sean un factor poderoso del desarrollo del alumnado en todos sus aspectos: intelectual, cognitivo, psicomotor y afectivo, así como en su proceso de socialización.
- Reivindicar mayor impacto del marco legislativo sobre el ambiente y salud en las instituciones escolares para poder trabajar en ambientes saludables de aprendizaje.
- Denunciar aquellas instalaciones escolares que en general representen un modelo obsoleto que no responde a las necesidades pedagógicas y de bienestar del alumnado y del profesorado.
- Considerar que los accesos e inmediaciones del centro son también parte del espacio escolar.
- Reflexionar y debatir cómo los espacios escolares mejoran las relaciones interpersonales entre los estudiantes y qué protocolos de actuación serían convenientes establecer ante situaciones de violencia o acoso.

### **3. LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS COMEDORES ESCOLARES**

#### **3.1 SALUD NUTRICIONAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO**

La alimentación es un factor principal para el desarrollo físico, psíquico y social de la infancia. Una alimentación correcta durante la edad escolar es fundamental para que los niños y niñas se desarrollen con salud, pues cualquier malnutrición, por exceso o por defecto, puede tener repercusiones a corto y largo plazo. Además, es en la edad escolar cuando comienzan a adquirirse unos hábitos alimentarios que se suelen mantener a lo largo de la vida.

La educación nutricional sigue siendo una asignatura pendiente del sistema educativo y los comedores escolares pueden considerarse un marco idóneo en el que día a día el alumnado pueda ir adquiriendo unos hábitos alimentarios saludables y tratar adecuadamente los trastornos de la alimentación.

#### **3.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. MALNUTRICIÓN, OBESIDAD Y TCA**

La progresiva, aunque lenta y desigual, disminución de la desnutrición infantil a nivel mundial coexiste actualmente con un muy rápido crecimiento de otras formas de malnutrición: el sobrepeso y la obesidad infantil, que hace tiempo que dejaron de ser un problema casi exclusivo de los países más desarrollados. La triple carga de la malnutrición por desnutrición, por sobrepeso y obesidad, y por carencias en nutrientes esenciales (como hierro vitaminas) está afectando de forma cada vez mayor a los niños y niñas pobres y a sus familias.

Revertir la obesidad infantil es muy difícil, la prevención es el abordaje más eficaz para combatirla y evitar las graves repercusiones que puede tener en la vida de las personas, en los sistemas de salud y en la economía y desarrollo de los países. Se calcula que la población infantil y adolescente, con obesidad infantil a nivel mundial supera al a que tiene bajo peso para la edad.

En Europa aproximadamente el 25 % de los escolares presentan exceso de peso. España, según datos de NCD Risk Factor Collaboration de 2017 se sitúa entre los países de la OCDE con mayor porcentaje de sobrepeso infantil y adolescente con un 33,80 %. Según el estudio PASOS, a fecha del 2019. Un 20.7 % de los niños, niñas y adolescentes tienen sobrepeso y un 14,2 % obesidad, lo que suma un 34,9 % de exceso de peso.

La Encuesta Nacional de Salud en España de 2017, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ofrece unas cifras algo más bajas, 28.6% de obesidad y sobrepeso para niños y adolescentes de 2 a 17 años, si bien conviene señalar que en esta encuesta se utiliza información declarada por los encuestados frente a las que utilizan medias directas de talla y peso.



En el caso de la Comunidad de Madrid, los datos comparativos por Comunidades Autónomas sitúan a Madrid en un nivel intermedio, con un 25,2 % según ENSE 2017 frente a la media del 28,6 %, con un 40 % en Murcia o un 35,5 % de Canarias y 15 % en Navarra o un 20,7 % en Aragón.

Las evidencias muestran que el estatus socioeconómico de la familia es un factor de riesgo para la obesidad infantil, especialmente la ocupación profesional de los padres. Además de la dieta inadecuada y los estilos de vida sedentaria se han incorporado a los determinantes de la obesidad otros factores sociales como la publicidad, la educación y el ambiente escolar, el transporte y el entorno físico y alimentario. Estudios recientes señalan que el acceso a tiendas de comida no saludable es mayor en los barrios y comunidades más desfavorecidas en la ciudad de Madrid. A su vez la evidencia también señala que el acceso a las instalaciones deportivas o a zonas verdes en las que practicar actividad física es menor también en las zonas que sufren una mayor desigualdad social.

Cada vez más aparece un nuevo concepto: el entorno obesogénico, es decir un entorno que favorece y refuerza la aparición de la obesidad y el sobrepeso entre la población. Precisamente la infancia y la adolescencia son las etapas en las que se es más vulnerable a este entorno y a sus mensajes.

En este contexto la llamada transición nutricional con el incremento de los alimentos procesados, con más azúcares, sal y grasas, y bebidas azucaradas y energéticas frente al menor consumo de productos frescos, verdura, fruta, etc. Produce un cambio de hábitos en los consumidores y condiciona una dieta excesiva en calorías y más pobre desde el punto de vista nutricional.

Tenemos un sistema que favorece que los alimentos procesados y las bebidas azucaradas estén permanentemente accesibles en casa, en el entorno educativo, en los espacios de ocio, en los comercios y en los restaurantes, además a precios más asequibles que los alimentos más sanos y nutritivos.

Aunque las cifras de ejercicio físico entre los niños y adolescentes se han incrementado aún está por debajo de las recomendaciones internacionales.

El excesivo tiempo dedicado a las pantallas junto a la escasa disponibilidad de instalaciones deportivas adecuadas, seguras y accesibles son factores que forman parte de ese entorno obesogénico.

En las edades adolescentes los trastornos de la alimentación, fundamentalmente bulimia, nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por evitación y restricción de alimentos y trastorno por atracón tienen en común la obsesión por el peso, la imagen, figura y/ o talla.

### **PROPUESTAS DE MEJORA**

- Informar, sensibilizar y fortalecer a las familias, niños y adolescentes para promover la demanda de alimentos nutritivos y sanos.
- Orientar a los productores y proveedores de alimentos para que hagan lo mejor para los niños.
- Construir entornos de alimentación sanos y justos para todos los niños.
- Recoger, analizar y utilizar datos de calidad para guiar las acciones y evaluar los programas.

### **3.3. NUTRICIÓN ADECUADA Y ESCUELA**

La alimentación equilibrada contribuye a reducir el riesgo cardiovascular, porque disminuye tanto el colesterol y la tensión arterial, como el peso. Por eso es tan importante educar en nutrición en la escuela, siendo el comedor el instrumento ideal para concretar de modo práctico la formación recibida al respecto.

La nutrición adecuada y saludable es esencial para el desarrollo y el bienestar de los niños y niñas, por eso, es tan importante que se fomente en los centros educativos desde una edad temprana.

Los niños y niñas con sobrepeso tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas, como diabetes y enfermedades del corazón, en la edad adulta. Además, la obesidad infantojuvenil puede afectar negativamente a la autoestima y al rendimiento escolar.

El problema de salud creciente que significa la obesidad, debe ser abordado en su origen, que es la educación nutricional desde las primeras etapas del sistema educativo.

Desde SOCISALUD entendemos muy relevante el papel de la escuela como coadyuvante para avanzar en la lucha contra la malnutrición infantojuvenil a través de diferentes herramientas: La Educación para la Salud como ámbito formativo en el currículo escolar ; la información y formación a las familias, en colaboración con las asociaciones de padres y madres de alumnos; la incorporación de la Educación emocional; la configuración de la escuela como un ámbito saludable; el uso de las instalaciones recreativas y deportivas del centro y el papel de del profesorado en la detección de conductas anómalas. de comedor.

### **PROPUESTAS DE MEJORA**

- Para combatir la obesidad, en los centros escolares es esencial promover una dieta saludable y un estilo de vida activo.

- Los programas curriculares deben incluir una formación sobre alimentos saludables y la importancia de seguir una dieta equilibrada. El alumnado debe aprender los grupos de alimentos, los nutrientes esenciales y cómo seleccionar alimentos saludables.
- La actividad física es también esencial para combatir la obesidad infantil. Los centros educativos deben tener una amplia oferta de programas de actividad física y oportunidades para jugar al aire libre. Todo ello complementado con descansos activos durante la jornada escolar y programas de prevención temprana.
- Los niños y niñas deben ser evaluados regularmente para detectar problemas de peso que deban ser resueltos con programas de intervención temprana, con motorización del peso y el progreso.
- Los centros educativos deben proporcionar opciones de alimentos saludables en las cafeterías y en las máquinas expendedoras. El alumnado debe tener acceso a frutas, verduras, proteínas magras y carbohidratos complejos, en lugar de alimentos procesados y altos en calorías.
- La implicación de las familias en este tipo de programas es fundamental, para que luego en casa mantengan los mismos criterios nutricionales. Las familias deben recibir formación y recursos para promover una dieta saludable y un estilo de vida activo en el hogar.
- Además, la comunidad local debe comprometerse en la creación de parques y áreas de juego seguros y accesibles para la actividad física al aire libre, así como llevar a cabo programas municipales de actividad física para niños, niñas, jóvenes y adultos.

### **3.4. LOS COMEDORES ESCOLARES.**

Los comedores escolares cumplen una importante función educativa en varias vertientes:

El objetivo básico del comedor escolar, atendiendo a su carácter social y educativo, es, además de cubrir las necesidades nutritivas del alumnado, la adquisición de hábitos alimentarios, de higiene, de salud y sociales en el marco de la educación para la convivencia en el centro.

El uso del comedor, de modo gratuito, generalizado en todas las etapas de la enseñanza obligatoria sería una herramienta de compensador de desigualdades sociales que contribuyen según los estudios analizados a los problemas de malnutrición de niños y adolescentes en nuestro país, en general, y en la Comunidad de Madrid, en particular.

La asistencia al comedor puede permitir conocer los alimentos básicos, adoptar hábitos de higiene y posturales en el acto de alimentarse, comprender y utilizar normas básicas de

comportamiento en la mesa y conocer y utilizar correctamente los cubiertos, así como cualquier utensilio necesario para la alimentación.

Son un espacio idóneo para enfrentar algunos trastornos alimentarios: obesidad, anorexia, malnutrición, etc.

Fomentan el compañerismo y las actitudes de respeto, educación y tolerancia entre los miembros de la comunidad escolar.

El tiempo, una vez terminado el acto de comer, es muy aprovechable para jugar, ejercer alguna cualquier actividad física, para leer, y, sobre todo, para fomentar la relación interpersonal entre el alumnado.

### **3.5. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMEDORES ESCOLARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Los comedores escolares son competencia de las CCAA. La Comunidad de Madrid ha regulado por Orden del 6/9/2022 su funcionamiento para el presente curso 2022/2023.

La realidad de los centros educativos es manifiestamente mejorable. En los institutos no existe el servicio de comedor escolar, en los centros de Enseñanza Primaria se está produciendo en determinados casos la sustitución de la cocina y, por tanto, la preparación directa de las comidas por el uso del catering y los nuevos centros no contemplan la existencia de la cocina.

Desde SOCISALUD se reivindica el modelo de cocina en el centro con menús preparados por personal cualificado, con control de calidad y elaborado con criterios nutricionales adecuados.

### **PROPUESTAS DE MEJORA**

- Todos los centros escolares públicos (Infantil, Primaria y Secundaria) deberían disponer, entre sus servicios complementarios, de comedor escolar, incorporado al Proyecto Educativo del centro, mediante un Plan Plurianual .
- El comedor escolar debe tener un carácter universal y gratuito. Mientras esto no sea posible la Administración educativa tiene que becar a todos los niños y niñas en situación vulnerable o de pobreza.
- El comedor escolar impartirá no solo la comida de mediodía, sino también el desayuno y merienda en caso de necesidades de las familias.
- La prestación del servicio del comedor escolar se realizará como norma general desde el mes de septiembre al mes de junio, durante los días lectivos del curso escolar. Y algunos centros, con carácter extraordinario, en los días no lectivos.

- Los menús que se sirvan se registrarán por recomendaciones de las Administraciones sanitarias y de consumo y deberán ser revisados por dietistas-nutricionistas.
- Los centros darán información, diaria, semanal o mensualmente, a las familias de los menús, con el fin que puedan planear el resto de las comidas del día.
- Los centros dispondrán de cocina para elaborar los diferentes menús, desechando las comidas elaboradas industrialmente fuera del centro.
- Se adjunta una propuesta de Proyecto educativo de comedor escolar, en la que se concretan y dimensionan las estrategias a seguir para conseguir los objetivos propuestos (Anexo I)

#### **4. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL. UNA HERRAMIENTA PARA LA SALUD Y LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ALUMNADO. PROPUESTAS DE MEJORA**

Para SOCISALUD es prioritario abordar todos los ámbitos que inciden en la salud de las personas, durante todas las etapas de la vida. La etapa educativa es de las más importantes ya que tiene gran influencia a la hora de construir personas adultas saludables. Por este motivo, queremos promover la inteligencia emocional como una herramienta fundamental en la escuela.

La inteligencia emocional es la habilidad que tenemos para comprender, procesar y manejar con éxito las emociones humanas. Aunque esta habilidad puede parecer fácil de gestionar, hasta hace bien poco no tenía cabida en la escuela porque relacionaba la inteligencia con competencias de índole cognitivo y metacognitivo. Actualmente, existe cierto descontento general con la visión unitaria de la inteligencia por lo que se impone una reformulación científica de este concepto teniendo en cuenta nuestra naturaleza de seres no sólo con pensamiento, sino también con sentimientos y sociables.

Son varios los estudios que han demostrado que en el éxito de las personas influye un 80% sus habilidades emocionales y sólo un 20% lo determina nuestro C.I. Tenemos varios ejemplos en la vida, como el que nos narra Linda Lantieri en el 11S, los niños y adultos que sobrevivieron a ese día no fue por sus calificaciones del último examen, si no por su preparación interior.

En este sentido, el rol del profesor está cambiando y ha dejado de ser un mero transmisor de conocimientos para trabajar también el desarrollo emocional de los alumnos. La escuela y todos los actores involucrados en la tarea educativa –directivos, docentes, padres de familia - tienen la responsabilidad de generar ambientes en los que se propicie el aprendizaje de contenidos, pero al mismo tiempo la aplicación de valores y actitudes como respeto, compañerismo, que llevará a los alumnos a entablar relaciones interpersonales adecuadas, conocimiento de sí mismo (emociones, pensamientos, intereses), seguridad personal y empatía, entre otras. Como docentes, tenemos el gran compromiso de desarrollar habilidades que van más allá de lo referente a abordar los contenidos, se debe trabajar con un sentido ético y humano que permita ver más allá, para integrar al alumno en un ambiente de aprendizaje significativo.

¿Están nuestros alumnos preparados para ello? No todos; son competencias que se dan por adquiridas y a veces no están lo suficientemente desarrolladas. Algunos alumnos no saben cómo identificar las emociones, cómo reconocerlas y cómo gestionarlas.

Se ha comprobado, desde hace tiempo, el efecto positivo de las emociones, incluso en aspectos de rendimiento académico, como por ejemplo la consolidación de la memoria, un aumento de la motivación, la curiosidad, las ganas de aprender, una amplitud de la agudeza

y profundidad de la percepción e intuición. Por el contrario, un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual como: limitaciones en la memoria, dificultades en la percepción y en la atención, disminución de las asociaciones mentales.

Educar la inteligencia emocional de los estudiantes se ha convertido en una tarea necesaria en el ámbito educativo y la mayoría de los docentes consideramos primordial el dominio de estas habilidades para el desarrollo evolutivo y socio-emocional de nuestros alumnos. En muchos países como EE UU, Singapur, Japón o Corea se han introducido programas sobre el aprendizaje social y emocional (SEL) en las escuelas.

Es necesario cultivar “esta manera de ser” en el ámbito educativo y se hace aún mayor, e incluso de manera urgente, tras los últimos datos que se están recogiendo dentro de la población infantil y adolescente. Según la encuesta de salud mental del Ministerio de Sanidad del 2017:

*“Para la mayoría de los indicadores de salud mental los resultados de la ENSE 2017 no sugieren cambios relevantes con respecto a encuestas anteriores. La excepción son el riesgo de mala salud mental en población infantil, que muestra una evolución favorable entre 2011 y 2017, y las visitas al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, que aumentan escalonadamente entre 2011 (3,5%), 2014 (4,6%) y 2017 (5,3%) en población de 15 o más años.” \**

Antes de iniciarse la pandemia ya se percibían señales de empeoramiento de la salud mental de nuestros alumnos por lo que, según los datos de este último año esta situación se está agravando. *Save the Children* alerta de que los menores podrían sufrir trastornos psicológicos permanentes como depresión. Uno de cada cuatro niños sufre ansiedad por el confinamiento.(Anexo IV “La salud mental en la escuela”. Aportaciones de UNICEF)

Los objetivos que se persiguen con la introducción de estos programas en la escuela son:

- Conocer cuáles son las emociones y reconocerlas en el resto de compañeros.
- Aprender a autorregular esas emociones.
- Prevenir conflictos entre alumnos y la resolución pacífica de los mismos.
- Desarrollar una actitud de tolerancia frente a situaciones frustrantes.
- Tener una actitud positiva en la vida y desarrollar la capacidad de automotivarse y la habilidad de generar emociones agradables.

\*Encuesta Nacional de Salud Mental. (2017). Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Secretaría General Técnica.

\*\*García C. (8 de mayo 2020). “Uno de cada cuatro niños sufre ansiedad por el confinamiento”. *El País*

La educación emocional y social implica el aprendizaje de habilidades, conocimientos y valores que aumentan nuestra capacidad de conocernos a nosotros mismos y a los demás

con el fin de usar esa información para resolver problemas con flexibilidad y creatividad (la inteligencia emocional en el aula)

Lo primero que tenemos que identificar es cuáles son las emociones básicas (alegría, tristeza, asco, enfado, miedo y sorpresa), saber cómo podemos identificarlas y qué hacer cuando lo hemos hecho.

Algunas estrategias para estimular el desarrollo de la Inteligencia Emocional en los alumnos son:

1. Dejar que expresen sus emociones y sentimientos y hacer nosotros lo mismo.
2. Mostrar que la persona es importante.
3. Enseñar que no podemos tener todo lo que queremos: autocontrol y autodominio.
4. Ante un problema, hay que reflexionar y actuar con calma, sin lastimar a otras personas. Las emociones desagradables se deben manifestar pero con control.
5. Tenemos que saber automotivarnos y motivar a los demás.
6. Desarrollar la empatía: hay que prestar atención, saber escuchar y comprender los puntos de vista de los demás.
7. Para resolver conflictos hay que conversar. Tenemos que aprender que el conflicto es positivo y que las dos partes pueden ganar.
8. Dialogar con los alumnos y hacerles comprender la realidad y desarrollar un juicio crítico.
9. El ejemplo: tratar a los alumnos como nos gustaría que nos trataran a nosotros.
10. Reconocer y nombrar las diferentes emociones

#### **PROPUESTAS DE MEJORA**

- Formar a los equipos directivos en la gestión emocional de toda la comunidad educativa, y capacitarlos en el diseño de un nuevo modelo de convivencia donde se priorice el trabajo de las emociones y en resolución de conflictos.
- Apostar por el aprendizaje cooperativo como método de enseñanza. Están demostrados sus beneficios en el desarrollo del alumnado ya que se pone el acento en la parte emocional y social de los niños.



## 5. LA ESCUELA PROMOTORA Y EDUCADORA EN SALUD

### 5.1 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES

La reciente pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la consideración de la escuela como un elemento de salud de primer orden. Disponer de un entorno seguro y libre de contagios obligó a establecer protocolos de actuación en la Comunidad Educativa en su conjunto y condujo a organizar espacios, distribuir el alumnado e incorporar contenidos curriculares que propiciaran actitudes y conductas acordes con las necesidades sanitarias de prevención de los contagios.

Pero ya desde hace tiempo, desde diferentes iniciativas, se ha considerado el marco escolar como un escenario donde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la educación para la salud deben formar parte de un modo preferencial.

La LOGSE estableció la Educación para la Salud oficialmente como parte del currículo escolar, integrándola junto a otras áreas que, de carácter transversal, deberían trabajar en todas las etapas educativas, desde Educación Infantil hasta Bachillerato. La Reforma Educativa que se planteó recogía propuestas y experiencias de innovación educativa que los Movimientos de Renovación Pedagógica habían reivindicado como consustanciales a una mejora de la calidad educativa en el marco de una escuela adaptada a las necesidades sociales actualizadas y a los intereses de su alumnado.

Los diferentes cambios legislativos, vinculados a los cambios políticos en el Gobierno de la Nación y el sistema autonómico vigente ha impedido la consolidación de consensos básicos en las formulaciones y en la perennidad de los cambios, lo cual no ha permitido una evaluación seria y rigurosa de las propuestas de avance.

En estos momentos, con la aprobación de la LOMLOE se produce una nueva oportunidad de adaptar la legislación educativa a una sociedad como la española, cambiante, exigente en los resultados y demandante de una calidad educativa.

Sin embargo, sí hay consenso en que la salud es sumamente relevante para la seguridad personal del niño/a y que la educación en materia sanitaria debe formar parte obligada del currículo educativo

Hay diferentes niveles de intervención en una correcta interrelación entre salud y escuela:

- Los entornos escolares: aulas, patios de recreo, comedores y cocinas, zonas comunes y de paso u otras dependencias.
- Los contenidos académicos de la Educación para la Salud, trabajados transversalmente y ocupando lugar en áreas de conocimiento.
- La metodología en que se produce el proceso de enseñanza/aprendizaje, vinculado con un concepto de enseñanza respetuoso con la personalidad del niño/a, incorporando la educación emocional como nuevo referente esencial.

## 5.2 EL PAPEL DEL PROFESORADO COMO AGENTE DE SALUD Y LA ENFERMERÍA ESCOLAR

El personal docente, el profesorado, es una pieza clave para el desarrollo de los programas de Promoción y Educación para la Salud.

El personal docente es el responsable directo de transmitir a los alumnos y alumnas no sólo conocimientos sobre la salud, sino de desarrollar en ellos habilidades y competencias para que consigan una buena salud física, emocional, social y ambiental.

La finalidad de la Educación para la Salud, no es mera cuestión de transmisión de conocimientos; se trata, en primer término, de que el alumnado conozca y aprecie su propio cuerpo, de contribuir a su desarrollo y bienestar, y de capacitarle para que valore las consecuencias que determinadas conductas tienen sobre la salud y la calidad de vida, tanto a nivel individual como colectivo.

Es preciso reconocer, además, que la/el docente es un observador privilegiado para percibir el estado de salud de su alumnado (a través de indicadores externos) y un importante transmisor de mensajes de salud tanto individual como colectiva, con el modelo de relación y clima emocional que establece en el aula.

Por otra parte, el profesorado debe contribuir a que el centro escolar proporcione al alumnado una vida saludable durante su estancia en él, con adecuados servicios en materia de higiene personal y alimentación. De ahí la importancia de cuidar el entorno físico de los centros (áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor, organización de las aulas, mobiliario, iluminación o acústica, etc.), donde además se establecen las relaciones interpersonales entre todos los componentes de la comunidad educativa, donde los alumnos y alumnas interactúan y van aprendiendo a afrontar las tensiones que surgen y que tanto influyen en el ámbito de la salud y en el desarrollo personal de ellos y ellas.

La Educación para la Salud no debe reducirse solo a que se impartan contenidos en un área determinada, sino que puede y debe ser considerada de manera transversal, con el fin de atender una serie de problemas vitales del alumnado, problemas que se refieren a su propia vida. Problemas de relaciones personales, de autonomía, de nutrición, de relaciones afectivo-sexuales, de higiene, de contacto con tóxicos o conductas adictivas, de apariencia física, de autoestima, de conciencia medioambiental, etc. Problemas no adscritos a una única disciplina y que deben por tanto ser tratados de forma interdisciplinar, desde diferentes perspectivas, lo que requiere organizar el trabajo del profesorado de manera colectiva, a través de Proyectos Educativos donde el alumnado adquiera competencias para enfrentarse a ellos, tomando las decisiones más saludables.

Uno de los aspectos relevantes en el rol del profesorado está vinculado con su intervención directa en el ámbito sanitario del centro escolar: su intervención en primeros auxilios, su capacidad de detectar indicadores que puedan responder a problemas de salud personal de alumnos/as, la docencia a alumnado con enfermedad crónica o con discapacidad severa o la administración en situaciones predeterminadas de medicamentos al alumnado.

Ante esta realidad, están planteadas soluciones dispares. Una ha sido la de descargar en el profesorado la atención exclusiva al alumnado en estas situaciones, sin normativa que aclare dichas tareas y que impida efectos indeseados de responsabilidad personal por supuestas malas prácticas. También se han producido iniciativas de integración escolar sin la formación, los recursos o las condiciones necesarias para su correcta implementación.

En otros casos, los centros escolares intentan dar soluciones particulares a la situación: la demanda de enfermeras escolares, y también de médicos, ha crecido de un modo significativo en los últimos años y aún más desde la aparición de la pandemia.

Siguiendo modelos foráneos donde la figura de la enfermera escolar está implantada desde hace décadas y forma parte de la plantilla de los centros, en España se ha reivindicado por parte de los colectivos de enfermeras, y últimamente también desde sectores de padres y madres, la conveniencia de dotar a cada centro con profesionales de la enfermería.

Realmente, y es de lamentar, no se ha producido esta incorporación después de un debate, que se antoja debe ser sosegado, con todos los sectores involucrados. Ni los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, ni los órganos de representación de las CCAA, los Consejos Interterritoriales respectivos, se han pronunciado al respecto. Por ello, las Comunidades Autónomas han respondido de un modo totalmente dispar, lo que acaba generando diferencias territoriales muy marcadas. Como muestra de este descontrol podemos destacar que, mientras en algunos territorios la presencia de enfermería escolar es prácticamente testimonial, en la Comunidad de Madrid hay censados más de 700 centros escolares con este servicio. O que mientras las enfermeras en los centros escolares de Andalucía dependen de la Consejería de Sanidad en su mayor parte, en la Comunidad de Madrid han sido nombradas desde la Consejería de Educación, cuando no contratadas directamente desde los centros, o por las asociaciones de familias u ofrecidas desde las empresas con las que se conciertan los servicios de comedor o extraescolares. Y más allá de la necesidad cierta de su presencia en los centros escolares en algunas ocasiones, esta presencia se anuncia como un elemento más, un servicio más, que ofrece el centro escolar de cara a rivalizar, a competir, con otros.

Hasta aquí los hechos, que es importante contextualizar. España dispone de un Sistema Nacional de Salud, único, universal, gratuito y con ánimo de ser de calidad. La base del sistema es la Atención Primaria que con sus profesionales sanitarios y no sanitarios ubicados en los Centros de Salud garantizan la atención en salud a la población de su demarcación, no solamente de forma individual sino también de forma comunitaria. No solo de manera asistencial, también desde los programas de prevención.

Los Centros de Salud, especialmente en la Comunidad de Madrid, no disponen actualmente de recursos humanos suficientes para atender la demanda social. Y se impone una reflexión sobre la reforma de la Atención Primaria que contemple su adecuación a las nuevas realidades. La atención a diferentes colectivos sociales como la gente mayor, los niños y niñas y los y las adolescentes y jóvenes... un servicio de urgencias extrahospitalario bien dotado, el afrontamiento de nuevas entidades nosológicas y la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como elementos consustanciales al modelo de salud comunitaria requieren una puesta al día del modelo sanitario. Mientras tanto, la saturación de los servicios

de urgencia hospitalarios, la demanda de recursos sanitarios privados o, en el caso que nos ocupa, la búsqueda de atención sanitaria en otros centros, como los escolares, son malas soluciones que la sociedad se ve animada a practicar.

Es en este contexto donde se debe valorar el papel de los profesionales sanitarios en los centros escolares. Definir cuándo son necesarios, cuál sería su formación, cuáles serían sus funciones y cuál su vinculación con la red sanitaria pública ya establecida.

No parece descabellado pensar que el personal de enfermería que intervenga en un centro escolar debería ser formado de forma específica, depender (y desde ahí trabajar) para programas comunitarios de atención primaria y cubrir centros con indicación clara, normativizada y transparente.

## **PROPUESTAS DE MEJORA**

Para que la labor del docente en Educación para la Salud sea eficiente es preciso:

- Que el docente tenga una formación inicial y luego continuada y actualizada sobre la educación para la salud, porque no es posible exigir al profesorado que realice funciones para las que no ha sido preparado de forma adecuada. Esta formación debe aparecer ya desde los programas de titulación universitaria.
- Que se incorpore al Proyecto de Centro la Educación para la Salud como área transversal.
- Que el centro escolar esté suficientemente dotado de recursos y de apoyo por parte de la administración.
- Que la escuela pueda disponer del apoyo técnico de profesionales sanitarios.
- Que haya una participación de las familias.
- Que el equipo directivo fomente la cooperación del profesorado y la colaboración entre los diferentes estamentos del centro.
- Que el centro escolar colabore y participe con los agentes sociales en el diseño y desarrollo de proyectos comunitarios de Educación para la Salud.
- En este punto, entendemos que el nombramiento de un agente de salud en el centro escolar, procedente de su claustro, podría garantizar la observación, la coordinación entre los diferentes estamentos protagonistas, la generación y cumplimiento y evaluación de los programas, medidas y actividades de Promoción y Educación para la Salud en cada centro escolar. Este perfil requiere una formación adicional, así como liberación horaria parcial.
- Organizar un debate claro y participativo a nivel nacional sobre el abordaje de la salud en la escuela, con rango normativo. Deben participar los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, las Consejerías respectivas de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas, las Asociaciones de Padres y Madres y los sindicatos docentes.

- Contemplar el rol de la Atención Primaria como eje de la salud comunitaria. Su reorganización y estudio de necesidades para afrontar estos retos y la dotación presupuestaria consiguiente.
- Establecer normativas específicas de atención a la salud para los centros con necesidades especiales por ser centros de integración, por contar con alumnado con enfermedades crónicas, por su excesiva masificación, por características específicas de su entorno, etc.
- Establecer criterios objetivos de dotación de enfermería comunitaria (enfermería adscrita a programas de salud comunitarios) vinculada a centros escolares en función de criterios principalmente de equidad.
- Formar al profesorado para poder intervenir en situaciones de urgencia hasta que intervengan los servicios de socorro. (De forma extensiva, deberá incentivarse la formación en primeros auxilios en todo el personal de los centros educativos así como en el resto de población). También deberá ser formado para detectar posibles señales de problemas de salud de su alumnado.
- Designar un agente de salud en el centro, miembro del claustro con formación específica y liberación horaria parcial, cuya tarea sea coordinar y supervisar el cumplimiento de los programas para la Promoción y Educación para la Salud de ese centro escolar.

### 5.3 IMPLANTACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS). ASPECTOS A TENER EN CUENTA

La puesta en marcha de un programa de Educación para la Salud en un centro educativo debe ser emprendida a dos niveles:

- Un compromiso general de promoción de la salud en el centro educativo
- Un compromiso específico de incluir temas de salud con una planificación detallada de objetivos, contenidos, metodología, etc. Para esto es fundamental una adecuación de los recursos humanos a la tarea emprendida.

Otros aspectos básicos a considerar son:

- **La formación del profesorado**, esencial para la ejecución de cualquier programa de Educación para la Salud (EpS) en la escuela. Pero no todo es una cuestión de formación, sino que el profesor debe manifestar un interés por el tema, una voluntad de utilizar técnicas pedagógicas muy variadas, una sensibilidad especial hacia las necesidades del alumnado y ser capaz de comunicarse abiertamente con él.
- **La colaboración entre la escuela primaria y secundaria**. La creación de grupos de trabajo conjuntos puede ser un modelo apropiado, para dar continuidad a las estrategias y a los contenidos de la forma más adecuada.

- **La comunicación con las familias**, en cuanto que la educación es una responsabilidad compartida. El centro educativo tiene la responsabilidad de dar a conocer sus puntos de vista a todos los implicados y en especial a las familias. Así, las familias llegarán a comprender que juegan un papel complementario en el área de la EPS. Así sería más sencillo poder discutir los temas más sensibles como la educación afectivo sexual o la prevención del consumo de tóxicos.

El centro puede tomar ciertas iniciativas para acercar el currículo del centro a las familias (talleres prácticos, participación presencial en actividades específicas, participación de las familias en la definición de objetivos del centro...) y extender la *cultura* del mismo, ese currículo oculto, a los hogares y figuras familiares de referencia del alumnado.

La proyección del centro educativo en la comunidad y su imagen son elementos determinantes en la voluntad de las familias de participar en la vida del centro.

- **La coordinación con la comunidad del entorno.** Todas las iniciativas del centro escolar deben coordinarse con las iniciativas de la comunidad en la que está inmerso. Para optimizar la eficacia de los proyectos educativos de promoción y EpS, es importante considerar el apoyo y la coordinación de los recursos comunitarios. Esta dimensión nos lleva a incrementar el conocimiento, el intercambio de información y la coordinación de actuaciones entre el centro y los recursos sociosanitarios del entorno inmediato (centro de salud, servicios sociales, instalaciones municipales, asociaciones vecinales, asociaciones de comerciantes, etc.)

La coordinación es una necesidad cuya consecución no está exenta de dificultades. Los proyectos de Promoción y Educación para la Salud deben prever medidas concretas que permitan asegurar su operatividad. Una coordinación real, no nominal, entre todos los sectores de la comunidad educativa. La coordinación implica aunar esfuerzos y voluntades y definir y distribuir las tareas entre quienes participa.

## 5.4 EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

La Educación para la Salud es un área transversal; debe ser integrada en las otras áreas del currículo (ciencias sociales, ciencias naturales, lenguaje, educación física...). El programa de EPS debe ayudar al alumnado a desarrollar destrezas que le permitan explorar sus actitudes y creencias a la luz de las nuevas informaciones recibidas.

Los contenidos de esta área transversal son amplios:

- Cuidados personales, ejercicio, higiene, salud dental...
- Alimentación saludable y nutrición
- Seguridad y prevención de accidentes; primeros auxilios
- Prevención y control de enfermedades

- Relaciones personales y educación emocional (inteligencia emocional)
- Educación afectivo sexual
- Prevención sobre el consumo de sustancias tóxicas
- Medio ambiente y salud
- Educación para el consumo
- Recursos comunitarios de salud

Estos temas pueden agruparse en tres bloques, paralelos a los aspectos físicos, mentales y sociales de la salud:

- Cuidado de uno mismo: higiene, alimentación, prevención de accidentes, enfermedades o consumo de tóxicos...
- Salud relacional: inteligencia emocional, educación afectivo sexual
- En la comunidad: recursos, educación medio ambiental, consumo

Los contenidos de la EPS deben ser tratados en espiral a lo largo de la escolaridad. El principio del currículo en espiral consiste en retomar progresivamente los temas básicos de la EPS en diferentes momentos de la escolaridad, de tal manera que se desarrollen con mayor extensión y se profundicen ideas y conceptos ya aprendidos.

Y es necesaria una pedagogía activa, lo que implica una serie de estilos educativos que son pieza esencial para la consecución de los objetivos de la EPS. Esta pedagogía activa tiene como finalidad el desarrollo de la autoestima del alumnado y de aptitudes de comunicación. Discusión en pequeño grupo, estudio de casos, juego de roles, resolución de problemas, bola de nieve... corresponden a una metodología activa, que exige una preparación meticulosa y una planificación del trabajo.

Sólo cuando la EPS tiene su propio lugar en la programación curricular de los centros educativos podemos estar seguros de que se ofrecerá a todos los alumnos la oportunidad de tener una experiencia completa y global de la misma.

La Educación para la Salud en el currículo de la nueva ley de la ley orgánica 3/2020, de educación, de 29 de diciembre y de desarrollo en el real decreto 217/2022, de 29 de marzo.

En este sentido vamos a analizar qué contemplan los currículos de las diferentes etapas de enseñanza sobre la educación para la salud. Veremos en primer lugar los reales decretos de enseñanzas mínimas que, como sabemos, son las prescripciones que realiza el gobierno de España sobre el qué enseñar, para, a posteriori, centrarnos en los currículos de la Comunidad de Madrid.

Es evidente que los currículos no determinan per se la calidad de la educación, sino que hay otros factores implicados. Entre esos factores encontraríamos a los profesores, los padres y los alumnos, sin olvidar que los recursos a veces condicionan el proceso de enseñanza y aprendizaje, es decir, la dotación de los centros en cuanto a instalaciones y equipamiento influye en la función docente y, por lo tanto, en la calidad de la educación.

En el Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil, se contempla como finalidad de la Educación Infantil la de contribuir al desarrollo integral y armónico del alumnado en todas sus dimensiones: física, emocional, sexual, afectiva, social, cognitiva y artística, es decir, propiciar un estado de bienestar (salud) integral. Más en concreto, este mismo real decreto, entre sus principios, contempla la promoción y educación para la salud. Todavía, el citado real decreto incide más en la educación para la salud cuando, citando las competencias clave, dice que se espera que la adquisición de estas competencias (competencias clave) a lo largo de su escolarización permita al alumnado prepararse para afrontar con éxito los principales retos del siglo XXI, entre los que incluye la competencia en planificar hábitos de vida saludables. Añade que la respuesta a estos y otros desafíos –entre los que existe una absoluta interdependencia– necesita de los conocimientos, destrezas y actitudes que subyacen a las competencias clave y son abordados de manera global desde todas las áreas que conforman la etapa.

Como ejemplo de competencia que tiene en cuenta la educación para la salud encontramos el siguiente: “Adoptar modelos, normas y hábitos, desarrollando la confianza en sus posibilidades y sentimientos de logro, para promover un estilo de vida saludable y eco socialmente responsable”. El trabajo por competencias, y en concreto, la competencia específica anteriormente citada contribuye al desarrollo de una percepción más ajustada de sí mismo y al sentimiento de logro derivado de la percepción de la progresiva competencia adquirida en las actividades relacionadas con la alimentación, la higiene, el vestido o el descanso.

El nuevo Real Decreto de enseñanzas mínimas para la etapa de Primaria, Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, contempla entre sus principios, recogidos en el artículo 6, el siguiente: “desde todas las áreas se promoverá la igualdad entre hombres y mujeres, la educación para la paz, la educación para el consumo responsable y el desarrollo sostenible y la educación para la salud, incluida la afectivo-sexual”. Parece evidente, por lo tanto, que los currículos básicos de las diferentes etapas de enseñanza hacen hincapié en considerar la educación para la salud uno de los elementos vertebradores de la educación de los alumnos. Tal es así que entre los objetivos generales de la etapa se incluyó el siguiente: “Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física, el deporte y la alimentación como medios para favorecer el desarrollo personal y social”. Es más. Desde el punto de vista de la adquisición de competencias, el R.D. 157/2022 incluye la competencia de “Desarrollar estilos de vida saludable a partir de la comprensión del funcionamiento del organismo y la reflexión crítica sobre los factores internos y externos que inciden en ella, asumiendo la responsabilidad personal y social en el cuidado propio y en el cuidado de las demás personas, así como en la promoción de la salud pública”.

Siendo los anteriores reales decretos de enseñanzas mínimas de Infantil y Primaria prescriptivos para todas las comunidades autónomas, es de esperar que éstas, en el desarrollo de los mismos, contemplen en sus respectivos decretos de currículo la educación



para la salud en sus diferentes vertientes.

En el caso de la Comunidad de Madrid, desde SOCISALUD se presentaron alegaciones a los Proyectos de Decreto por los que se establecen la ordenación y el currículo de la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria. (Anexo IV )

En general, se considera que no se han arbitrado mecanismos reales para la incorporación de la EPS ni en Educación Primaria ni en Educación Secundaria, desaprovechando las posibilidades de la Educación en Valores Cívicos y Éticos como ámbito real donde poder desarrollarla.

### **5.5 EL CURRÍCULO OCULTO. EL ENTORNO INTERNO DEL CENTRO.**

El centro escolar transmite una serie de valores que no están recogidos en sus programas. Todo centro tiene una *cultura* propia que se manifiesta en el ambiente general del mismo, sus normas de disciplina, las actitudes adoptadas por el personal hacia los alumnos, los valores implícitos en su organización general. Esto, que afecta a todo el proceso educativo, es especialmente importante para la EPS y significa que los procesos y experiencias de aprendizaje son tan importantes como los contenidos.

La relación entre los propios alumnos debe ser resaltada. Quieren responder a las expectativas de sus iguales y esto determina sus valores.

Las razones por las que los jóvenes adquieren hábitos negativos y desarrollan comportamientos nocivos para la salud son enormemente complejas. Pero se puede apuntar una de ellas, la necesidad de experimentar más allá de lo ordinario. La escuela, como otras instituciones, debe ofrecer un amplio abanico de actividades estimulantes para el alumnado: música, deportes, teatro, actividades al aire libre, actividades ligadas al uso de nuevas tecnologías...

Importante también, la actitud del profesorado y por extensión la de los adultos de la comunidad educativa. Normas, actitudes, formas de comportarse, relaciones entre adultos, etc. tienen una profunda influencia en el desarrollo social del alumnado. La salud física y mental del profesorado es muy importante.

En el currículo oculto del centro escolar, las instalaciones también son relevantes. Servicios adecuados y limpios, papeleras, limpieza de patios y zonas comunes, iluminación y decoración de las aulas, etc. Son imagen de cara a la comunidad y ejemplo práctico de EPS. (desarrollado en el anexo de los espacios escolares)

Los comedores escolares como promotores de alimentación equilibrada y hábitos saludables, son relevantes en este punto.

La presencia de agentes de salud en el centro o directamente personal sanitario, habla de la orientación del centro de cara a su interés por la EPS.

## 5.6 LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA

En España, las restricciones de movimiento impuestas a los niños, niñas y adolescentes fueron particularmente rígidas y, por ello, es muy importante actuar en los ámbitos de promoción y prevención, así como en la detección de las necesidades que hayan podido surgir o que se hayan agravado.

La pandemia de coronavirus y sus consecuencias no solo comprometieron nuestra salud física. También afectó a nuestra salud mental, particularmente de las personas más vulnerables, entre las que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

Entre el 10 y el 20% de todos los niños del mundo experimenta algún problema relacionado con la salud mental. Casi la mitad de los niños con problemas de salud mental los desarrolla hasta los 14 años. El suicidio es la segunda causa de mortalidad entre jóvenes de entre 15 y 29 años. En 2017, 1 de cada 100 niños en España tenía un problema de salud mental. En España, los niños de entornos sociales más desfavorecidos, tienen peor salud mental en lo relacionado con “síntomas emocionales”.

El bienestar psicológico de los niños, niñas y adolescentes tiene siempre tres facetas:

- Bienestar personal: Pensamientos positivos (optimismo, calma, autoestima, confianza en sí mismos).
- Bienestar interpersonal: Relaciones con los demás, cuidado responsable y sensible, sentido de pertenencia, la capacidad de estar cerca de los demás.
- Capacidades y Conocimiento: Capacidad de aprender, de tomar decisiones positivas, de responder a los retos de la vida y de expresarse. elaborar las vivencias y la experiencia del confinamiento, de manera que se evite una evolución negativa.

El rol de la escuela, especialmente entre los adolescentes es absolutamente crucial para detectar y prevenir problemas, con actuaciones reforzadas en el ámbito educativo junto con el ámbito familiar y comunitario. Las familias y las escuelas protectoras son los mejores entornos para prevenir los problemas de salud mental infantil y adolescente.(VER ANEXO III)

## 6. PROPUESTAS GENERALES

1. Incluir la Educación para la Salud en los decretos de currículos de las diferentes etapas educativas, desde Infantil hasta Bachillerato, con la suficiente entidad y horario para que el alumnado adquiriera competencias en hábitos de salud
2. Incentivar en la elección de Objetivos Generales y Específicos de la Programación anual de los centros, la presencia de objetivos centrados en la Promoción /Educación para la Salud.
3. Obligar a todos los centros financiados con fondos públicos que respeten la atención a la diversidad y que cualquier centro educativo se ajuste a la ley para evitar que se conviertan en guetos y que se especialicen en la atención de un solo tipo de alumnado.
4. Facilitar la formación en Primeros Auxilios a la totalidad del personal de los centros educativos (personal docente y no docente). Así mismo, facilitar el acceso al alumnado a cursos de primeros auxilios, acomodados a las edades de cada una de las etapas educativas.
5. Generar vínculos estables de colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Educación de Sanidad que permitan intensificar, coordinar y visibilizar toda la programación de Promoción /Educación para la salud con los centros educativos como referentes, incluyendo determinadas campañas escolares de carácter puntual.
6. Incentivar programas de Promoción/ Educación para la salud en Escuelas de Familias de los centros educativos en colaboración con los centros escolares.
7. Facilitar e incentivar la colaboración externa de diferentes entidades, públicas o privadas, como centros sanitarios, asociaciones de pacientes o de índole sanitario, asociaciones de consumo o de comerciantes, asociaciones vecinales, empresas privadas, fundaciones, etc. en programas de Promoción / Educación para la Salud con los centros escolares.
8. Trasladar a las universidades madrileñas la necesidad de incluir, en los planes de estudio del grado de Magisterio y de los másteres de formación de profesorado de educación secundaria y formación profesional, una materia optativa relacionada con la educación para la salud física, social y psíquica de los alumnos.
9. Desarrollar una red de salud mental y una de apoyo psicosocial específicas, especializadas y de calidad para la atención de 0 a 18 años.
10. Reforzar el papel de la Atención Primaria en la prevención, detección y atención de trastornos mentales y psicológicos, a través de programas de formación obligatoria dirigida a pediatras y de la incorporación de psicólogos clínicos o psicólogos generales sanitarios en los centros de salud. Garantizar, a su vez, el apoyo de la psiquiatría de enlace e interconsulta y la derivación rápida a recursos de la red pública de salud mental.
11. Proponer medidas específicas (incluidas normativas sobre acceso y publicidad) para prevenir y atajar determinadas prácticas y problemas asociados a problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, incorporando una perspectiva de género: malos tratos (negligencia y violencia), abuso sexual, bullying, ciberacoso, sextorsión, suicidio, discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género, xenofobia, consumo de alcohol, adicciones a sustancias tóxicas, tecnologías y apuestas, así como otras conductas

de riesgo. Así como medidas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria ampliamente asociados a la adolescencia, tales como la anorexia o la bulimia.

12.Reforzar la cantidad y calidad de contenidos relacionados con el cuidado de la salud mental de la infancia y adolescencia en internet y en las redes sociales, habilitando también líneas de ayuda o información, y protegiendo a los niños frente a contenidos altamente dañinos y peligrosos para su salud mental, como los sitios que incitan al suicidio, al consumo de drogas o alcohol, a las apuestas, o a tener hábitos alimenticios peligrosos.

13.Diseñar medidas específicas para lograr la inclusión educativa de los niños, niñas y adolescentes que padecen problemas de salud mental, y tomar medidas para evitar el abandono escolar, y cualquier tipo de discriminación y/o estigma.

14.Dotar a la infancia y adolescencia, así como a las familias de niños, niñas y adolescentes LGBTI con formación y recursos suficientes. Adoptar medidas en el entorno escolar que aumenten la concienciación sobre diversidad sexual, creando entornos inclusivos que no toleren la discriminación, o la intimidación homofóbica, bifobia o transfóbica, ni de ningún tipo, ni en las escuelas ni en las redes sociales.

15.Implementar medidas para abordar los efectos psicológicos de la violencia de género, estableciendo equipos interdisciplinares y la presencia de especialistas en psiquiatría infantojuvenil en los recursos de acogida.

16.Promocionar un modelo de convivencia con factores de protección que se combine con el Decreto 32/2019 de la Comunidad de Madrid donde se haga un trabajo emocional y restaurativo y no dejarlo todo en las sanciones. Y que cuando se utilice la expulsión del centro, sea con un criterio realista y que no sirva para desconectar al alumno.

17.Formar al profesorado de los centros educativos públicos y privados, a través de los centros territoriales de innovación y formación, en competencias docentes para el desarrollo del currículo en lo que afecte a la formación del alumnado en materia de salud.

18. Implementar en todos los centros educativos de la Comunidad de Madrid la figura del Coordinador de Bienestar y Protección. El profesorado y el alumnado necesita de un referente a nivel de convivencia, que tenga las herramientas y el tiempo necesario para poder abarcar el trabajo emocional.

19. Impulsar la creación de: Agente de Salud en los centros educativos. Este papel podría coincidir actualmente con el Coordinador Covid; Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad en todos los centros educativos, que pueda convertir el centro educativo en una verdadera comunidad, donde todas las personas que participan en él, sientan una pertenencia; Técnico de Integración Social, figura que convertiría a los espacios comunes, patios y comedores, de herramientas pedagógicas, fundamentales en el desarrollo del alumnado, ya que creando estructuras educativas donde los niños se sientan integrados, pongan en práctica sus habilidades sociales y se pueda controlar estos espacios donde suceden la mayoría de los conflictos. La creación de estas figuras permitirán al Departamento de Orientación centrar sus funciones en el diagnóstico y en la atención de

las necesidades del alumnado. Actualmente se carga toda la parte emocional a estos equipos y no alcanzan la parte educativa con calidad. a la parte académica.

20. Abrir el debate sobre la presencia de personal sanitario en los Centros Educativos. Actualmente, la presencia de personal de enfermería en los centros educativos es muy desigual, lo que genera diferencias significativas entre centros. Este personal sanitario podría ocupar la función de Agente de Salud y tener las siguientes funciones: atención al alumnado con necesidad de supervisión clínica, atención de emergencias sanitarias, generar protocolos de emergencia y seguridad, supervisar las acciones y programas de Promoción / Educación para la salud, organizar cursos de primeros auxilios y en general de salud para profesorado, alumnado o familias, coordinar con los centros sanitarios del entorno del centro... entre otras. La situación en los centros escolares en relación con las necesidades de apoyo sanitario varía en función de su alumnado, de si es centro de integración, de si tiene alumnado con enfermedad crónica severa. Ya hay centros que disponen de enfermera escolar. Más allá de reivindicaciones profesionales sería conveniente crear un modelo de Centro de Salud, con recursos suficientes y con personal capacitado que podría atender las necesidades no solamente individuales sino de la salud comunitaria de su área de demarcación. La enfermería del Centro de Salud podría atender a los centros escolares en materia de promoción de la salud, prevención y de educación para la salud además de tener una conexión directa con el centro escolar para asuntos de intervención directa. La enfermería escolar se situaría, solamente, en aquellos centros especiales que deberían cumplir los requisitos considerados.

21. Crear el Punto E en todas las escuelas, con el fin de que todos los recursos que trabajan con infancia y adolescencia puedan acceder a los centros educativos, darse a conocer y estar en contacto con toda la comunidad educativa, es imprescindible para hacer un buen trabajo en red y que se pueda intervenir rápidamente en cuanto haya alguna situación de riesgo.

22. Fomentar "Escuelas de familias" a fin de dar cabida a la participación de las familias en todas las escuelas. Con temas propuestos por las propias familias o por el centro escolar para abordar las preocupaciones, hacer un trabajo preventivo y que la participación sea real.

## **ANEXOS**

### **I. PROYECTO EDUCATIVO DEL COMEDOR ESCOLAR.**

#### **1. INTRODUCCIÓN.**

El Comedor escolar tiene carácter de servicio complementario y necesario. Pretende dar una respuesta adecuada a las necesidades de muchas familias, que, por razón de su situación laboral, personal o por encontrarse socialmente desfavorecidas, piden prestación en el centro de este servicio en período interlectivo del mediodía.

#### **2. OBJETIVOS.**

El objetivo básico del comedor escolar, atendiendo a su carácter social y educativo, es cubrir las necesidades nutritivas del alumnado y la adquisición de hábitos sociales, alimentarios, de higiene y de salud en el marco de la convivencia ordinaria en el Centro, promoviendo la adaptación de los niños y niñas a la diversidad de los menús y a la disciplina del acto de comer que incluye cortesía, tolerancia, solidaridad y educación para la convivencia.

#### **2.A) EDUCACIÓN ALIMENTARIA.**

Incluye conocer los alimentos básicos, adoptar hábitos de higiene y posturales adecuados, comprender y utilizar las normas básicas de comportamiento en la mesa, y conocer y utilizar correctamente los cubiertos, así como cualquier utensilio para la alimentación.

#### **2.B) EDUCACIÓN DEL TIEMPO LIBRE.**

Se trata de desarrollar actividades manuales y plásticas, gozando con su realización, valorando el trabajo propio y ajeno, así como actividades lúdicas de forma cooperativa, valorando el esfuerzo en equipo.

Participar en juegos y actividades que requieran de la actividad física para la iniciación en juegos deportivos y reglados adecuados a cada edad.

Saber aprovechar el tiempo libre para realizar actividades de estudio o lectura que contribuyan positivamente a su formación y a la mejora de las relaciones interpersonales.

Participar en actividades puntuales de tipo festivo o cultural, mostrando actitudes de respeto e interés.

Respetando siempre el principio de no discriminación.

### **3. ACTIVIDADES.**

#### **3.A) EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA.**

- Lavarse las manos antes y después de comer.
- Lavarse los dientes después de comer.
- Transportar con cuidado servicios y alimentos.
- Utilizar los cubiertos y la servilleta con atención y medida.
- Masticar bien los alimentos, comiendo despacio.
- Mantener el espacio del comedor limpio y ordenado.
- Valorar la importancia de ingerir alimentos de una dieta equilibrada.
- Colaborar en las tareas organizativas en el momento de comer.

#### **3.B) EN EDUCACIÓN DEL TIEMPO LIBRE.**

Todas las actividades estarán destinadas a fomentar la participación, cooperación y respeto de las normas sociales de convivencia, evitando la discriminación de cualquier tipo y disfrutando de su realización.

Pueden llevarse a cabo manualidades como la realización de pulseras, collares con pasta , instrumentos musicales o pintura.

Actividades lúdicas como juegos de música y movimiento, juegos de mesas, grandes juegos, juegos deportivos, teatro o animación a la lectura, cuentos o videos, entre otras.

Y actividades ofertadas por el AMPA en tiempo interlectivo para el alumnado del Centro.

La Escuela facilitará a las familias el programa de actividades para el alumnado en tiempo de mediodía.

### **4. HORARIO.**

El tiempo de comedor escolar comprende desde las 13:30 hasta las 15 horas.

## **5. COMISIÓN DEL COMEDOR.**

Estará formada por el director o directora del centro, los monitores, un representante de padres y madres del Consejo Escolar y se reunirá al menos una vez al trimestre y siempre que se considere necesario.

## **6. UTILIZACIÓN DE ESPACIOS.**

Cualquier espacio que haya sido utilizado por el alumnado en tiempo interlectivo debe quedar en las mismas condiciones que estaba antes de ser ocupado.

## **7. INSTALACIONES.**

El comedor debe estar ubicado en el Centro, con un espacio mínimo de 70 metros cuadrados por cada 20 comensales.

La cocina debe tener un espacio mínimo de 60 metros cuadrados, suficiente para realizar las tareas de preparación y distribución de comidas, con todos los utensilios necesarios: cocina de placa, lavavajillas, frigorífico, vajilla, armarios para guardar platos y cubiertos y fregadora con pedal.

## **8. MEDIDAS DE SEGURIDAD.**

El alumnado no entrará en la cocina .

Se pondrá especial atención con el alumnado más pequeño en el uso de los instrumentos cortantes o peligrosos, como tenedores, cuchillos y platos calientes.

## **II. INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN EDUCACIÓN SANITARIA Y FOMENTO DE LA SALUD INTEGRALES EN LAS ESCUELAS. OMS. GINEBRA 1997)**

Como indica el Informe del Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas. OMS. Ginebra 1997)

"(...) Existe una estrecha relación entre la salud y la educación infantiles. Así como los factores sanitarios influyen poderosamente en la capacidad de aprendizaje (...) la escuela es a su vez uno de los medios básicos para mejorar la salud.



La propia escuela -a través de sus valores culturales, su organización y su gestión; la calidad de su entorno físico y social; su plan de estudios y sus métodos de enseñanza y aprendizaje; y la forma de evaluar los progresos de los alumnos- influye directamente en la autoestima, en el rendimiento académico y, en consecuencia, en la salud del alumnado y del personal. Por ello, la escuela constituirá un marco promotor de la salud sólo en la medida en que ella misma sea una institución saludable. Además, cuando es una verdadera institución de salud permite al alumnado y al profesorado alcanzar sus objetivos, adquirir los medios y recursos necesarios para ello y mediar ante las diversas instituciones y estructuras sociales que pueden colaborar en el empeño.

(...) la escuela no puede influir en la salud sólo a través del plan de estudios, o mediante el efecto combinado del plan de estudios y del entorno. Los servicios disponibles en la escuela o dispensados a través de ella son el tercer elemento promotor de la salud y la educación. Para dispensar tales servicios, así como para recabar el apoyo y refuerzo generales de los programas de salud escolar, es indispensable la colaboración de las familias, con otras instituciones y con otros miembros de la comunidad."

Desde los primeros años de la vida se desarrollan conductas y formas de vivir que pueden dañar la salud en el futuro y ser un freno para el normal desenvolvimiento de la actividad escolar. De ahí el interés por conseguir, a través de la educación, implementar formas de vida saludable que favorezcan el bienestar personal, la prevención de accidentes, enfermedades, contagios, etc., por medio de costumbres sanas. La escuela debe convertirse, por lo tanto, a nuestro juicio, en un agente promotor de salud, incluyendo, en sus currículos, programas de salud (con objetivos y contenidos básicos y, sobre todo, competencias referidas a alimentación y nutrición, prevención de enfermedades y accidentes, educación vial, salud mental, higiene y salud, entre otros) y convirtiéndose en un ejemplo de vida saludable. No debemos olvidar tampoco que lo que se pretende es que los niños de estas edades sean competentes en acciones que coadyuven a conseguir un estado de salud positivo.

- Desde la institución escolar, la educación no puede preocuparse solo de los aspectos individuales, sino también de los sociales y medioambientales. Esto supone ampliar el concepto de currículo, más allá de los conceptos y conocimientos, integrando los procedimientos de salud, superando incluso las actuaciones preventivas para promover una escuela de salud, a través de las actitudes de valoración de todo lo

referido a una vida saludable y al comportamiento en un medio saludable que deben asumir los alumnos como medio ordinario de vida.

### III. SITUACIÓN ACTUAL. RESULTADOS DEL ESTUDIO HBSC 2018

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados es un proyecto auspiciado por la OMS. En este estudio internacional participan unos 50 países occidentales que se comprometen, con sus respectivos equipos de investigación, a recoger cada cuatro años datos sobre los estilos de vida de los adolescentes escolarizados de 11, 13 y 15 años. España ha formado parte de esta red de países desde principios de los 80 y en las últimas 5 ediciones del estudio, este ha sido financiado y apoyado desde el Ministerio de Sanidad.

Se realiza a partir de la recogida de datos a través de un cuestionario con el objetivo de obtener una visión global de los estilos de vida en la adolescencia y disponer de orientaciones sobre cómo promocionar la salud en esta población. Se recogen datos relativos a diferentes ámbitos: relaciones familiares, relaciones con los iguales, el contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias, etc. España expande el estudio a las edades de 12, 14 y 16 años, así como a un grupo de edad de 17-18 años. En esta ocasión se ha conseguido una muestra de 40.495 adolescentes de 511 centros escolares y se analizan los resultados a nivel nacional y por comunidades autónomas.

Por el perfil de los jóvenes estudiados, muchos de ellos al final de su periplo escolar obligatorio, podemos entender los datos como resultados finales en cuanto a la posible intervención realizada desde el medio escolar.

El propio estudio destaca en esta ocasión algunos resultados, dentro de los cientos de indicadores analizados.

- El 45% de las/los adolescentes no realiza un desayuno completo todos los días. Solo el 18% come varias veces al día fruta y solo el 14% come verdura varias veces al día. El 65% consume bebidas azucaradas semanalmente y el 20% bebidas energéticas. Más del 15% consume bebidas azucaradas todos los días. (Y cuando las/los adolescentes tienen un mayor poder adquisitivo todos estos datos mejoran).
- Solo el 20% realiza actividad física todos los días. El porcentaje disminuye con la edad; solo el 8% de las chicas de 17-18 la realizan diariamente.
- El porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad autorreferido es del 17.5%. Las chicas tienen una peor percepción y satisfacción de su imagen corporal, llegando hasta el 40% de chicas mayores de 15 años que percibe su cuerpo "un poco o demasiado gordo".
- El cepillado dental óptimo solo se da en el 56% de los chicos. Menos de la mitad de

los adolescentes duerme el número de horas recomendado para su edad los días entre semana.

- En el grupo de 17-18 años, el 11% fuma a diario y el 18% consume alcohol semanalmente. El 18% de la población mayor de 15 años ha consumido cachimba y el 13% cannabis, en el último mes.
- El 13% ha realizado hurtos en tiendas el último año, el 9% ha destrozado mobiliario urbano o el 16% ha discutido violentamente con un profesor o profesora. Estas cifras son hasta el doble o el triple en los varones.
- El 35% de las/los adolescentes de 15-18 años han mantenido relaciones sexuales coitales. El 25% declaró no haber utilizado preservativo en la última relación coital. El 11% solo utilizó la “marcha atrás” en la última relación. El 32% de las chicas que han tenido relaciones sexuales han recurrido alguna vez a la “píldora del día después” y el 5% han estado embarazadas alguna vez.
- Los/las adolescentes perciben una mejor comunicación y mayor conocimiento de sus vidas por parte de sus madres que de sus padres. El apoyo y satisfacción familiares son altos, pero disminuye con la edad.
- El acoso escolar o bullying es sufrido por el 12%; es mayor a edades más bajas. Casi el 15% de los chicos y el 10% de las chicas han participado en episodios de acoso escolar.
- El trabajo escolar le supone un elevado estrés al 28% de adolescentes, pero mucho más a las chicas y conforme avanza la edad, hasta el punto de que casi la mitad de las chicas de 17-18 años experimenta alto estrés escolar. A casi la mitad de las/los adolescentes de 17-18 años no les gusta el instituto.
- Más de un tercio de los adolescentes declara tener algún tipo de malestar físico y más de la mitad han experimentado algún tipo de malestar psicológico casi todas las semanas.

Significar de nuevo, para acabar, que estas cifras promedio sufren importantes variaciones asociadas a la edad, al sexo o a la capacidad adquisitiva de las familias.

La siguiente pregunta correspondería a la implicación de los centros educativos en los programas de promoción y educación para la salud. Solo de nuevo unos datos respecto a los cuestionarios HBSC dirigidos a los 511 centros educativos que participan en el estudio. (Los cuestionarios recogen desde características del barrio, características del centro, participación del alumnado y las familias, preguntas generales sobre actividades de promoción de la salud o preguntas específicas sobre actividades concretas).

- 407 de los 511 centros educativos participantes respondieron al cuestionario
- En el 52% de los centros, las familias no participan en el diseño y desarrollo de medidas de promoción de la salud.

- En el 81% de las declaraciones de objetivos en los centros se contienen explícitamente temas de salud o promoción de la salud.
- Un 40% de centros incluyen los programas de prevención o promoción de la salud relacionados con la actividad física de forma transversal en el currículum. El 35% los programas de convivencia. El 32% los relacionados con la alimentación. El 32% los programas de educación socioemocional. El 26% el uso positivo de las tecnologías de la información y de la comunicación. El 14% los programas de salud sexual. El 12% el consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos.

En negativo. No se realizan actividades en programas de prevención/promoción de la salud o estas se limitan a una o dos charlas en cuanto a la convivencia en el 30.5% de los centros. En referencia a la actividad física en el 39% de los casos. En referencia a la educación socioemocional el porcentaje se eleva al 42%. En el 48% respecto a las TIC. En el 52% respecto a programas de alimentación. En el 63% respecto a la salud sexual. O el 70% respecto al consumo de tabaco, alcohol

#### **IV. SALUD MENTAL E INFANCIA EN EL ESCENARIO DE COVID 19. UNICEF ESPAÑA**

La salud mental es nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta a cómo pensamos, sentimos y actuamos. Determina cómo actuamos frente al estrés, cómo nos relacionamos con los demás y cómo tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la infancia y adolescencia, hasta la edad adulta. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un componente fundamental de la salud, entendida esta última como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental se define como un “estado de bienestar en el que la persona desarrolla sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”.

El bienestar psicológico de los niños, niñas y adolescentes tiene siempre tres facetas:

- Bienestar personal: Pensamientos positivos (optimismo, calma, autoestima, confianza en sí mismos).
- Bienestar interpersonal: Relaciones con los demás, cuidado responsable y sensible, sentido de pertenencia, la capacidad de estar cerca de los demás.
- Capacidades y Conocimiento: Capacidad de aprender, de tomar decisiones positivas, de responder a los retos de la vida y de expresarse. elaborar las vivencias y la experiencia del confinamiento, de manera que se evite una evolución negativa.

Lo que no se puede obviar es que, en España, las restricciones de movimiento impuestas a los niños, niñas y adolescentes fueron particularmente rígidas y, por ello, es muy importante actuar en los ámbitos de promoción y prevención, así como en la detección de las necesidades que hayan podido surgir o que se hayan agravado .

La pandemia de coronavirus y sus consecuencias no solo comprometieron nuestra salud física. También afectó a nuestra salud mental, particularmente de las personas más vulnerables, entre las que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

En España, actores tan relevantes como la Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, el Consejo de Psicología de España o la Confederación de Salud Mental de España, alertaron sobre el impacto que la pandemia y el confinamiento tuvieron en la salud mental de la población general, incidiendo en la importancia de fortalecer con urgencia la red de salud mental y de apoyo psicosocial con un foco especial en los más vulnerables.

Entre el 10 y el 20% de todos los niños del mundo experimenta algún problema relacionado con la salud mental. Casi la mitad de los niños con problemas de salud mental los desarrolla hasta los 14 años. El suicidio es la segunda causa de mortalidad entre jóvenes de entre 15 y 29 años. En 2017, 1 de cada 100 niños en España tenía un problema de salud mental. En España, los niños de entornos sociales más desfavorecidos, tienen peor salud mental en lo relacionado con “síntomas emocionales”

La población infantil nacida fuera de España presenta mayor riesgo que la autóctona de mala salud mental en casi todas las dimensiones de la salud mental y en ambos sexos. Según expertos en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia, 1 de cada 4 niños que han sufrido aislamiento por COVID-19 presenta síntomas depresivos y/o de ansiedad. Esta pandemia y las medidas de contención sin precedentes, derivadas de ella, están afectando a todos los aspectos de la vida de los niños, niñas y adolescentes: su salud física, su desarrollo, sus posibilidades de aprendizaje, su comportamiento, la seguridad económica de sus familias y su protección frente a la violencia y el abuso; y, por supuesto, también impactan en su salud mental.

La situación vivida en España y en el mundo con la pandemia es tan excepcional, que no existen aún respuestas concluyentes sobre cuál será la afectación psicológica de niños, niñas y adolescentes en el corto, medio y largo plazo. No obstante, la experiencia acumulada en crisis humanitarias y situaciones de confinamiento, así como los incipientes estudios realizados, llevan a los expertos a afirmar la especial vulnerabilidad que tienen los niños, niñas y adolescentes y la necesidad de reforzar la detección y prevención de los problemas. Hay expertos que señalan que los niveles de estrés postraumático son cuatro veces mayores en los niños que han pasado por una cuarentena, y que estos episodios pueden llegar a darse hasta tres años después.

Si queremos reducir el sufrimiento de la población y, en especial, de los niños, niñas y adolescentes, y mitigar las potenciales consecuencias asociadas a medio y largo plazo (también en términos socio-económicos), pedimos al Gobierno Español, así como a todos los gobiernos autonómicos y locales:

*1. Garantizar que la respuesta a la COVID-19 y el plan de reconstrucción incorpora una estrategia específica sobre salud mental y bienestar psicológico, y que la salud mental se convierte en un elemento transversal en todas las áreas de actuación (enfoque whole of*

*society) 2. Promover y detectar cuanto antes el riesgo en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, para prevenir, proteger y tratar con medidas específicas y teniendo en cuenta las necesidades particulares de los más vulnerables. En la etapa de recuperación, es absolutamente crucial detectar y prevenir problemas, con actuaciones reforzadas en el ámbito familiar, educativo y comunitario .*

### *3. Fortalecer el sistema de salud mental y de apoyo psicosocial con carácter permanente.*

Como ha ocurrido en otros lugares del mundo, en estos meses de confinamiento en España han surgido un número importante de iniciativas públicas y privadas que han ofrecido por medios telemáticos apoyo psicosocial a las personas. Estas acciones, junto con el esfuerzo realizado por muchas familias y cuidadores para limitar el estrés de los más pequeños, y las conexiones habituales con redes familiares y amigos, han constituido una fuente de resiliencia para muchos niños, niñas y adolescentes. No obstante, apoyarse únicamente en este tipo de acciones no es suficiente.

Corremos el peligro de no contar con los medios adecuados que nos ayuden a detectar y mitigar los impactos en la salud mental de la infancia y adolescencia de esta crisis sanitaria, socio-económica y educativa. A ello contribuyen varios factores, entre los que cabría señalar: la histórica infradotación de recursos destinados a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial; la ausencia de una estrategia global; las diferencias existentes entre Comunidades Autónomas; los problemas de coordinación entre los distintos actores que constituyen la red de salud mental y los equipos de apoyo psicosocial en España en todos los niveles territoriales; y la ausencia de una especialización formal en infancia y adolescencia, dentro de las áreas de psiquiatría y psicología clínica.

El propio Comité de Derechos del Niño, en sus Observaciones Finales a España ya consideró prioritario en 2018 que España adoptara una política nacional de salud mental infantil, además de asegurar la disponibilidad de personal cualificado, el aumento de servicios (incluida la atención terapéutica y el apoyo a las familias tras las altas), y la reducción de las listas de espera excesivamente largas para acceder a los servicios de salud mental.

La psiquiatra y pediatra Azucena Díez, presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP), incide en un posible aumento de la demanda de servicios de salud mental y apoyo psicosocial de la infancia y adolescencia después del verano. “A los problemas socioeconómicos de muchas familias, se unirán nuevos problemas asociados a la vuelta al colegio (cambio de rutinas, dificultades para seguir el nuevo programa de estudios, etc.), así como fobias a salir o a relacionarse con personas fuera del entorno familiar”.

Desde la Confederación Salud Mental España y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) alertan también que es fundamental tener la salud mental de la población infantojuvenil muy presente en todo el periodo de reconstrucción del tejido social, económico y sanitario dañado como consecuencia de la epidemia de la COVID-19. En este sentido, hay que analizar los datos para identificar los factores estresores que impactan en niños, niñas y adolescentes; así como abordar con medidas efectivas las

alteraciones en las emociones y la conducta durante el tiempo de confinamiento. Para ello, es esencial también atender las graves necesidades estructurales que tiene el sistema en relación con los servicios destinados a niños, niñas y adolescentes. Los adolescentes y jóvenes también merecen una atención especial, no solo porque las condiciones de salud mental se desarrollan en este período de la vida, sino también por la percepción negativa sobre su futuro. Las principales causas de angustia son la salud de su familia, el cierre de las escuelas y universidades, la pérdida de rutinas y de conexión social . Un estudio global de UNICEF sobre contenidos en internet e interacciones en redes sociales sobre salud mental adolescente muestra un incremento de un 11% a un 31% de las conversaciones relacionadas con la ansiedad durante la pandemia .

En España, la Fundación ANAR también señala que las ideas e intentos de suicidio han aumentado de 1,9% de media en el último año al 8% de media durante los últimos meses , y en Reino Unido, otro estudio realizado con jóvenes con problemas de salud mental preexistentes, puso de relieve que el 32% de ellos sentía que habían empeorado en los últimos meses .

A pesar de todo esto, la experiencia en las crisis humanitarias también refleja que la mayoría de niños, niñas y adolescentes tiene una alta capacidad de resiliencia para superar acontecimientos estresantes y traumáticos como los que podemos estar viviendo, sin desarrollar problemas de salud mental a largo plazo. Esta capacidad no elimina la necesidad de acompañar las expresiones emocionales y la elaboración de la experiencia del confinamiento, así como de detectar, con la mayor rapidez posible, los problemas que hayan podido surgir y de ayudarles a recuperarse. Resulta fundamental brindarles un apoyo apropiado en las primeras etapas, porque así se reduce de manera muy significativa el riesgo de desarrollar problemas de salud mental a largo plazo .

Algunos expertos indican que si los niños recibieron los apoyos necesarios por los cuidadores, y tras la cuarentena que hemos vivido, se mantienen rutinas y hábitos saludables, es esperable que la mayoría de ellos recuperen su funcionamiento normal .

Pero no todos tienen las mismas herramientas para salir adelante. Los impactos en la salud mental asociados a estas vivencias pueden ser particularmente graves cuando los niños, niñas y adolescentes no tienen las necesidades básicas cubiertas, carecen de un entorno familiar y educativo protector, cuando son víctimas de violencia o abusos, y cuando arrastran otro tipo de traumas o desarraigo, como es el caso de muchos niños migrantes y refugiados. Hay especialistas que también ponen el foco en los que ya presentaban problemas psicológicos, traumas, psicopatologías previas o trastornos del desarrollo; los que han sido separados de sus cuidadores durante la epidemia; los que han perdido a seres queridos; los que intensifican sus reacciones de timidez o aprehensión; o los que presentan síntomas cercanos al trastorno obsesivo-compulsivo .

Las familias y las escuelas protectoras son los mejores entornos para prevenir los problemas de salud mental infantil y adolescente en situaciones como la actual. Para los niños tutelados, ese rol primordial lo ejercen también los educadores del sistema de protección. Una razón más, por tanto, para que los poderes públicos protejan con urgencia estos tres contextos

esenciales para el bienestar físico, mental y emocional de la infancia, a través de políticas públicas eficaces.

Hay que tener en cuenta que, antes de la crisis, el 29,5% de los niños en España estaba en riesgo de pobreza o exclusión debido al desempleo y los problemas económicos de sus familias, y que el 17,9% abandonaba precozmente la escuela.

Además, en 2019 se recibieron 18.801 notificaciones de malos tratos hacia niños, niñas y adolescentes en el seno familiar 38 . Estos datos han continuado creciendo. Según la Fundación ANAR, la violencia contra los niños, niñas y adolescente en el seno de las familias durante el confinamiento ha aumentado en un 10% (maltrato físico y psicológico). De las 3.800 peticiones de ayuda por parte de niños recibidas por ANAR en los últimos meses, la mitad eran casos de violencia. Tras los casos de violencia doméstica, destacaban también los casos de violencia de género, abuso sexual y abandono 39.

¿Quiénes son los niños más vulnerables en España?

- Niños y niñas en riesgo de pobreza y exclusión

El 29,5% de los niños y niñas en España estaba en riesgo de pobreza o exclusión antes de esta crisis, una de las tasas más altas de Europa . Nuevos sectores sociales están viéndose abocados a la precariedad y la exclusión fruto de la coyuntura provocada por la pandemia, por lo que estas tasas podrían multiplicarse en los próximos meses y años, si no se actúa a tiempo.

- Niños y niñas que abandonan muy pronto las escuelas España también tiene una de las tasas de abandono educativo temprano más altas de la Unión Europea, es actualmente del 17,9% con respecto al 10,6% de la UE 45 .

Este abandono está asociado a las fuertes inequidades, que se reflejan en la elevada segregación escolar. El porcentaje de abandono es mucho más alto en función de las desigualdades por territorio, por origen migrante, etnia o condición de discapacidad. También influye como factor de desigualdad la falta de acceso universal a la educación 0-3.

En contextos de crisis económica y social, la inversión en educación debe aumentarse y dar prioridad a actuaciones focalizadas en los sectores de población que mayor riesgo corren de salir del sistema. Con esta crisis se han puesto de manifiesto los retos pendientes en relación con la brecha digital, que obstaculiza enormemente la educación a distancia, y que no hace sino incrementar las desigualdades.

- Niños y niñas víctimas de violencia

En 2019 se recibieron 18.801 46 notificaciones de malos tratos hacia niños y niñas en su hogar, en más de la mitad de los casos por negligencia. Por otra parte, 1 de cada 2 denuncias por violencia sexual tiene como víctima a un/a menor de edad, y también son preocupantes los datos que arrojan diferentes encuestas sobre la prevalencia de violencia de género entre adolescentes, así como el incremento de los ciberdelitos contra niños y niñas, y el acoso en el ámbito escolar.



- Niños y niñas tutelados

En España, 49.985 47 niños y niñas fueron atendidos en el año 2018 por las Administraciones Públicas, bien sea por haber sufrido violencia o situaciones de maltrato, porque su familia no puede hacerse cargo de ellos, por no tener referentes familiares, o porque han venido de fuera para ayudar a sus familias (niños migrantes no acompañados). De ellos, 21.283 vivían en residencias y centros, donde su vulnerabilidad aumenta en muchas ocasiones, debido a la escasez de recursos o a la falta de atención individualizada.

- Niños y niñas víctimas de trata En España hay niños y niñas que son víctimas de trata con fines de explotación sexual, laboral y para mendicidad. El número de víctimas identificadas 48 es muy inferior al total de niños y niñas afectados. Existen graves problemas de identificación, sobre todo en los puntos fronterizos, y pocos recursos especializados para niños víctimas de trata.

- Niños y niñas solicitantes de asilo y refugiados

España se ha convertido en uno de los países europeos que reciben más familias refugiadas. Sólo en los tres primeros meses de 2020, más de 6.700 niños y niñas han solicitado asilo en España 49 . A los traumas acumulados por las situaciones de conflicto y violencia vividas, se unen las dificultades de integración en España, sobre todo para los que han llegado cuando el sistema de acogida estaba saturado, o los que salen de los centros sin casa ni trabajo. Algunos aún están en los Centros de Estancia Temporal para Inmigrantes de Ceuta y Melilla, donde viven hacinados y mezclados con adultos.

- Niños que viven en la calle

En algunas ciudades españolas, hay niños que viven en la calle. Muchos de ellos han salido de los centros de protección porque, tal y como ellos relatan, “allí no se puede vivir”. Otros salen para continuar su viaje migratorio, o para ponerse en manos de traficantes o redes de trata. Los riesgos que afrontan están relacionados con el deterioro de su salud física y mental, las adicciones, la explotación, o los conflictos con la ley. La mayoría lucha por sobrevivir y terminan usando distintas estrategias de supervivencia.

- Niños y niñas en situación irregular

Aunque tienen reconocidos sus derechos a la salud y la educación, estos niños heredan la irregularidad de sus padres y sufren las consecuencias de un estatus precario y del miedo a la expulsión.

- Niños y niñas con discapacidad

Numerosos estudios e informes apuntan a que niños y niñas con discapacidad siguen padeciendo más discriminación y maltrato, tanto en su entorno familiar como en otros ámbitos donde transcurre su vida cotidiana, como centros educativos y centros residenciales

Además, la ausencia de una educación inclusiva de calidad representa uno de los mayores problemas para estos niños y sus familias.

- Niños con problemas de salud mental preexistentes o hijos de personas con trastornos de salud mental y/o adicciones

Estos niños, niñas y adolescentes constituyen también un grupo de riesgo, sobre todo en futuras pandemias y situaciones de confinamiento

Es fundamental garantizar una financiación previsible y sostenible tanto de la red de salud mental, como de los equipos de apoyo psicosocial. Estos últimos no pertenecen únicamente al ámbito sanitario, sino que son dependientes de varios Ministerios y Consejerías: educación, servicios sociales, protección de la infancia, etc.

La situación generada por la pandemia del coronavirus puede ser una oportunidad para fortalecer definitivamente la red de salud mental y la de apoyo psicosocial en España, así como para prepararla para futuras emergencias.

Entre otras recomendaciones, se realizan las siguientes:

- La planificación de las necesidades asistenciales debe tener como principio rector una concepción integral de la salud de las personas, que tenga en cuenta sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.
- Reforzar la vigilancia contra el intrusismo y las malas prácticas.
- Reforzar las redes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas con, al menos, un 50% de psicólogos clínicos más de los que disponen ahora, antes del plazo de un año, y de forma prioritaria en las regiones que más han sufrido con la pandemia.
- Garantizar la presencia de psicólogos en la Atención Primaria.
- Puesta en marcha de un Programa Nacional de Prevención de Conductas Suicidas.
- Reforzar de forma sustancial la atención psicológica en los centros sociosanitarios: en los servicios sociales, en los juzgados, en las residencias para mayores, en los centros educativos y centros de atención a menores.
- Desarrollar, reglamentar y regular el ejercicio de la Psicología en Emergencias.

La elaboración de esta estrategia debería ser prioritaria dentro del plan de recuperación de la crisis en el que ya se está trabajando, y debería ser desarrollada a través de Planes Autonómicos. Tanto la Estrategia como los Planes deberían dedicar un capítulo específico a la infancia y la adolescencia con un foco especial en los colectivos procedentes de entornos más vulnerables, para dar respuesta también a la recomendación del Comité de los Derechos del Niño a España de contar con una política nacional de salud mental infantil.

Es imprescindible que estos documentos garanticen la coordinación con todos los ámbitos relacionados con la infancia, donde hay actores de la red de salud mental y de apoyo psicosocial: educación, protección de la infancia, justicia juvenil, servicios sociales, discapacidad, y acogida a refugiados.

“España es uno de los pocos países de la Unión Europea 63 que no reconoce la especialidad de ‘Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia’ ni de ‘Psicología clínica infantil’. Este reconocimiento es fundamental para garantizar una atención de calidad a los niños, niñas y adolescentes.

El Comité de los Derechos del Niño incide en la cuestión de la sobremedicalización, en concreto en relación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos de la conducta infantil. Han de desarrollarse modalidades alternativas que no conlleven medicación y asegure que los diagnósticos sean examinados a fondo, que los medicamentos psicotrópicos y psicoestimulantes se prescriban como último recurso y únicamente después de haberse llevado a cabo una evaluación individualizada del interés superior del niño y de que se haya proporcionado información suficiente a los niños y a sus padres acerca del tratamiento médico, sus posibles efectos secundarios y otras alternativas no médicas.

### **Principios básicos de la nueva Estrategia y Planes de Acción autonómicos y locales**

- 1 Enfoque de infancia: Ha de prestarse una atención especial a las etapas clave de la vida, como son la infancia y adolescencia, y por tanto reconocer que los niños, niñas y adolescentes tienen derechos y necesidades específicas que requieren una atención especializada. Por tanto, ha de garantizarse:
- 2 El derecho de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental a ser atendidos en recursos especializados y por profesionales específicamente formados.
- 3 Información adaptada a la infancia y escuchar a los niños, niñas y adolescentes directamente, con el fin de entender sus necesidades y adaptar adecuadamente los programas y servicios. Ello implica también mejorar la cantidad y calidad de la información disponible en internet y conocer las interacciones de los jóvenes en las redes sociales sobre cuestiones relacionadas con la salud mental y el bienestar psicológico
- 4 Enfoque de género: Incorporar de forma transversal la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y dar respuesta a la problemática específica que viven las niñas, adolescentes y mujeres con trastorno mental, atendiendo también al impacto que tienen en la salud mental, las desigualdades de género y discriminaciones asociadas.
- 5 Equidad, diversidad y multiculturalidad: Deben partir de la necesidad de prestar particular atención a los colectivos más vulnerables, como niños en riesgo de pobreza y exclusión, niños víctimas de violencia, niños en el sistema de protección y en el de justicia juvenil, niños migrantes y refugiados, niños que viven en la calle o niños con discapacidad. Estos niños, niñas y adolescentes tienen peores determinantes sociales y una carencia de entornos protectores
- 6 Multiactor y multinivel: En el caso de la infancia, este enfoque es particularmente importante, dado que los posibles problemas se manifiestan y se detectan en diferentes ambientes (sanitario, educativo y familiar)
- 7 Fortalecimiento del modelo de atención comunitario
- 8 Investigación para la implementación e innovación
- 9 Monitorización y la rendición de cuentas

## **V. ALEGACIONES A LOS DECRETOS DE ENSEÑANZA PRIMARIA Y SECUNDARIA OBLIGATORIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

### **ALEGACIONES AL PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE PARA LA COMUNIDAD DE MADRID LA ORDENACIÓN Y EL CURRÍCULO DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA**

Sociedad Civil por la Salud, entidad que agrupa a entidades de la Comunidad de Madrid vinculadas con el ámbito sociosanitario tiene entre sus objetivos realizar aportaciones y propuestas para configurar lo que denominamos una ESCUELA SALUDABLE. Esta denominación incluye aspectos vinculados con el diseño de espacios, una adecuada accesibilidad, la atención a los niños enfermos crónicos, la consideración del comedor como espacio educativo, la armonía en la vida escolar y, finalmente, la incorporación contenidos vinculados a la salud de carácter transversal.

Saludamos la incorporación de esos contenidos y presentamos propuestas de mejora desde nuestras reflexiones y experiencias docentes, sanitarias y sociales.

1. El marco de la Educación en Valores Cívicos y Éticos solamente se impartiría en el curso de 5º y una hora y media a la semana. Entendemos necesario ampliar a 6º Curso esa impartición y poder incorporar la prevención del consumo de tabaco y otras sustancias tóxicas, la educación afectivo sexual, la educación para un consumo responsable, la educación emocional y la prevención de trastornos de la alimentación y del acoso escolar coma parte de su contenido.
2. En el área de Ciencias de la Naturaleza, Primer Ciclo, el Criterio de Evaluación 4.2. “Reconocer estilos de vida saludables valorando la importancia de una alimentación variada, equilibrada y sostenible, la higiene, el ejercicio físico, el contacto con la naturaleza, el descanso y el uso adecuado de las tecnologías.”  
Parece una competencia y un criterio excesivo para el Ciclo I, especialmente el Criterio de Evaluación.  
Proponemos la siguiente redacción” Tomar conciencia del propio cuerpo, de las emociones y sentimientos propios y ajenos y discrimina hábitos saludables de los que no lo son.”  
También proponemos eliminar en el Criterio de Evaluación el uso adecuado de tecnología.
3. En la misma área de Ciencias de la Naturaleza en el apartado 4.1.3 de CONTENIDOSA) Bloque de Cultura Científica. La vida en nuestro planeta. Conocimientos, Destrezas y Actitudes:  
“Descripción, de forma general, de las funciones de nutrición, relación y reproducción en el cuerpo humano” y “Sensibilidad y aceptación de la diversidad presente en el aula y en la sociedad. Educación afectivo-sexual”  
Consideramos que parecen contenidos más adecuados del segundo o del tercer ciclo. En general los apartados del Ciclo I deberían revisarse para adaptarse más a las características de ese alumnado.

**ALEGACIONES PRESENTADAS AL PROYECTO DE DECRETO DEL CONSEJO DE GOBIERNO, POR EL QUE SE ESTABLECE PARA LA COMUNIDAD DE MADRID LA ORDENACIÓN Y EL CURRÍCULO DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA SURGIDO DE LA LEY ORGÁNICA 3/2020, DE 29 DE DICIEMBRE Y DE DESARROLLO EN EL REAL DECRETO 217/2022, DE 29 DE MARZO.**

La valoración que se establece del Decreto de la Comunidad de Madrid sobre la Educación para la Salud (EPS) y materias afines es dispar. Por una parte nos parece muy positiva la incorporación de los temas de Salud en su amplia temática: Educación Afectivo Sexual, Prevención de embarazos no deseados, Prevención del consumo de drogas, Promoción de la Salud, Educación Vial y los contenidos específicos de EPS.

Pero la organización de esa incorporación es francamente mejorable. La oportunidad que representa la incorporación de la Educación en Valores Cívicos y Éticos no se aprovecha en absoluto y la distribución horaria necesitaría un repaso sosegado.

La incorporación de la EPS y materias afines se inserta en las áreas de Biología y Educación Física. Teniendo en cuenta la cantidad de materia que se va a trabajar y el reducido número de carga lectiva semanal para Biología y Geología, 3 horas en Primero, 0 horas en Segundo y 2 horas en Tercero, se entiende que es muy difícil que se puedan desarrollar los contenidos propuestos ni alcanzar las competencias específicas previstas.

La primera alegación es la de aumentar el número de horas para Biología y Geología, especialmente en Segundo de la ESO.

Por otra parte, la Educación en Valores Cívicos y Éticos solamente se impartiría en Segundo con una hora semanal, sin especificarse desarrollo alguno. Ni contenidos ni orientaciones metodológicas, ni competencias específicas, ni criterios de evaluación. Es la única materia que no está desarrollada.

La segunda alegación sería la de ampliar las horas de Educación en Valores Cívicos y Éticos y extender a Primero y a Segundo de la Educación Secundaria Obligatoria su implementación.

La tercera alegación corresponde al ámbito de los Ciclos Formativos de Grado Medio. Proponemos incorporar la Prevención del consumo de drogas legales y no legales al apartado I. El cuerpo humano y la Salud, sacándolo del apartado Ciencias de las Actividades Físicas.

## Bibliografía

[https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4057\\_d\\_guia-escuela-saludableysegura.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4057_d_guia-escuela-saludableysegura.pdf)

<https://www.colegiossaludables.com/>

- YOUNG, I. y WILLIAMS, T. (editores). "The Healthy School"  
Edimburgo: Scottish Health Education Group, 1989.

- SALVADOR LLIVINA, TERESA. SUELVES JOANXICH, JOSEP M. "Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo".  
Ministerio de Educación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

- VV.AA. "La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018".  
Ministerio de Sanidad. 2021.

-VV.AA. "Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas".  
Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1997.

## AUTORES: GRUPO DE TRABAJO DE ESCUELA SALUDABLE

- **Carmen Durán**  
Profesora de Inglés de ESO y Bachillerato  
Vocal de la Junta Directiva de SOCISALUD. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Escuela Saludable
- **Adolfo García Ortega**  
Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)  
Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)
- **Aurora Ruiz**  
Profesora jubilada de Física y Química.  
Coordinadora del colectivo Lorenzo Luzuriaga  
Exdirectora Gral. de Educación de la Comunidad de Madrid
- **Jaime de León Hernández**  
Psiquiatra. Hospital de Día de Adolescentes. Centro de Salud Mental de Puente de Vallecas.  
Presidente FAPA de Rivas Vaciamadrid
- **Diego Rodríguez Más**  
Diplomado en Trabajo Social  
Experto en Mediación y Gestión de conflictos  
Trabajador Social en Ayuntamiento de Madrid
- **Juan López**  
Asesor del Ministerio de Cultura  
Ex inspector Central de Educación  
Gabinete del Secretario de Estado de Educación



# **SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD** **SOCISALUD**

[www.sociedadcivilsalud.org](http://www.sociedadcivilsalud.org)

*Calle Villajimena, 85. 1º 4 . 28032 - Madrid*

*Tfnos: 91 144 97 89; 618 769 609.*

[secretaria@sociedadcivilsalud.com](mailto:secretaria@sociedadcivilsalud.com)

**MADRID, MARZO 2023**