



**Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida desde el ámbito socioeducativo**

Health, wellbeing and quality of life from the social and educational sector

Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida desde el ámbito socioeducativo Health, wellbeing and quality of life from the social and educational sector

EDITA

- Grupo de Investigación en Educación: Salud, Medioambiente y Ciudadanía (ESAMEC). HUM1027.
- Editorial Universidad de Sevilla.

EQUIPO EDITORIAL

EDITORAS

- Dra. Olga Moreno Fernández, Universidad de Sevilla.
- Dra. Pilar Moreno Crespo, Universidad de Sevilla.

EDITORES ADJUNTOS

- Dra. Encarnación Pedrero García, Universidad Pablo de Olavide.
- Dr. Eloy José López Meneses, Universidad Pablo de Olavide.
- Dr. Mario Ferreras-Listán, Universidad de Sevilla.

SECRETARÍA TÉCNICA

- Dra. Nieves Martín Bermúdez, Universidad de Extremadura.

RESPONSABLE DE RELACIONES INTERNACIONALES

- Dra. Beatriz Peña Acuña, Universidad de Huelva.

DISEÑO Y GESTIÓN EDITORIAL

- D. Rafael C. Infante Roguera, Zoográfico Comunicación.

ESAMEC, Education Journal. Health, Environment and Citizenship.

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Sevilla.

C/ Pirotecnia, s/n. 41013 Sevilla

Tels.: 955 420 665 • 955 420 790

✉ [esamec@us.es](mailto:esamec@us.es) ✉ [www.esamec.com](http://www.esamec.com)

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec>

Education Journal: Health, Environment and Citizenship (ESAMEC) es una publicación científica, semestral, que publica en acceso abierto trabajos originales relacionados con la Educación, teniendo como ejes principales la salud, el medioambiente y la ciudadanía, priorizando aquellos que resulten de investigaciones con un alcance nacional e internacional. La recepción de artículos es permanente. Publica trabajos originales en español, inglés o portugués, admitiéndose excepcionalmente en otras lenguas.

La Universidad de Sevilla se reserva todos los derechos sobre el contenido de las revistas científicas editadas por ésta. Los respectivos textos no pueden ser utilizados, distribuirse, comercializarse, reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento informático, electrónico o mecánico con ánimo de lucro, directo o indirecto, ni tampoco incluirse en repositorios ajenos, sin permiso escrito de la Editorial Universidad de Sevilla. Podrán ser usados y citados para fines científicos y referenciados sin transformación para usos académicos, indicándose en todo caso la autoría y fuente, pudiendo para ello remitir al correspondiente enlace URL de Internet.

COMITÉ CIENTÍFICO

NACIONAL

- Alejandro Gómez Camacho. Universidad de Sevilla.
- Ana Rivero García. Universidad de Sevilla.
- Antonio Camacho Herrera. Universidad de Sevilla.
- Coral I. Hunt Gómez. Universidad de Sevilla.
- Cristina Castillo Rodríguez. Universidad de Málaga.
- David Cobos Sanchíz. Universidad Pablo de Olavide.
- David Herrera Pastor. Universidad de Málaga.
- Estela Bernad Monferrer. Universidad Jaume I de Castellón.
- Fátima Rodríguez Marín. Universidad de Sevilla.
- Fernando López Noguero. Universidad Pablo de Olavide.
- Francisco A. González Redondo. Univ. Complutense de Madrid.
- Francisco Cabezuelo Lorenzo. Univ. Complutense de Madrid.
- Francisco F. García Pérez. Universidad de Sevilla.
- Francisco I. Revuelta Domínguez. Universidad de Extremadura.
- Francisco José Sánchez Marín. Universidad San Antonio de Murcia.
- Francisco Nuñez Román. Universidad de Sevilla.
- Jesús Estepa Giménez. Universidad de Huelva.
- Jesús Romero Morante. Universidad de Cantabria.
- José González Monteagudo. Universidad de Sevilla.
- José María Cuenca López. Universidad de Huelva.
- Juan Agustín Morón Marchena. Universidad Pablo de Olavide.
- Juan José Leiva Olivencia. Universidad de Málaga.
- Juan Ramón Jiménez Vicioso. Universidad de Huelva.
- María Puig Gutiérrez. Universidad de Sevilla.
- María Rosa Fernández Sánchez. Universidad de Extremadura.
- Miriam José Martín Cáceres. Universidad de Huelva.
- Rafael Bisquerra Alzina. Universidad de Barcelona.
- Ramón López Facal. Universidad de Santiago de Compostela.

INTERNACIONAL

- Alejandro Mendoza Gamiño, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- Andrea Coelho Lastória. Universidade de São Paulo (USP). Brazil.
- Beatrice Borghi. Universidad de Bolonia. Italy.
- Claudia Delia Fredella. Università degli Studi di Milano-Bicocca. Italy.
- Dalva M. Bonotto Bianchini. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Brazil.
- Diego Armando Retana Alvarado, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Érico Ribas Machado, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil.
- Fabrizio Manuel Sirignano. Università degli Studi Suor Orsola Benincasa. Italia.
- Fatima Reszka. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Francisco González Puentes. Universidad El Bosque. Colombia.
- Helena Copetti Callai. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Brazil.
- Lana de Souza Cavalcanti. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Brazil.
- Maria B. S. Da S. Carvalho. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Brazil.
- María Elena del Valle Mejías. Universidad Metropolitana (UNIMET), y Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas (UPEL). Venezuela.
- María Joao Hortas. Universidad de Lisboa. Portugal.
- Saúl Miranda-Ramos. Universidad Católica de Temuco, Chile.
- Sérgio Claudino Loureiro Nunes. Universidad de Lisboa. Portugal.

COORDINACIÓN DE ESTE NÚMERO (1) MONOGRÁFICO:

Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida desde el ámbito socioeducativo Health, wellbeing and quality of life from the social and educational sector

- Ana Paula Baião Aniceto. Universidad del Algarve, Portugal.
- Cláudia Cristina Guerreiro Luísa. Universidad del Algarve, Portugal.
- Carmen Aránzazu Cejudo Cortés. Universidad de Huelva, España.
- Encarnación Pedrero García. Universidad Pablo de Olavide, España.



**Población escolar y alimentación, ¿hacia dónde nos dirigimos?**

School population and food, where are we headed?

Juana María Anguita Acero y Eduardo López Bertomeo ..... 4-14

**Revisión Bibliográfica: El ASMR como posible estrategia para el**

**bienestar emocional** | Literature Review: ASMR as a Possible Strategy for

Emotional Well-Being

María Magaña Pardo y María del Mar Macho Rivero ..... 15-19

**Perceções sobre Saúde e Qualidade de Vida em Idosos**

**Algarvios** | Perceptions of Health and Quality of Life in Algarvian Elderly People

Cláudia Cristina Luisa ..... 20-28

**Arte, Salud y Cuidados: una apuesta por la educación artística desde**

**Madrid Salud** | Art, Health and Care: a commitment to art education from Madrid Salud

Noemí Ávila Valdés ..... 29-37

**Projeto DVS (drogas, violência e suicídio): prevenção,**

**educação, gestão. Uma aposta sustentável** | DVS project (drugs, violence

and suicide): prevention, education, management. One sustainable bet

Filomena Fernandes Gonçalves, Ángel Luis González Olivares y Francisco Javier Sánchez-Verdejo Pérez ..... 38-46

**Salud y duelo en el proceso migratorio** | Health and grief in the migratory process

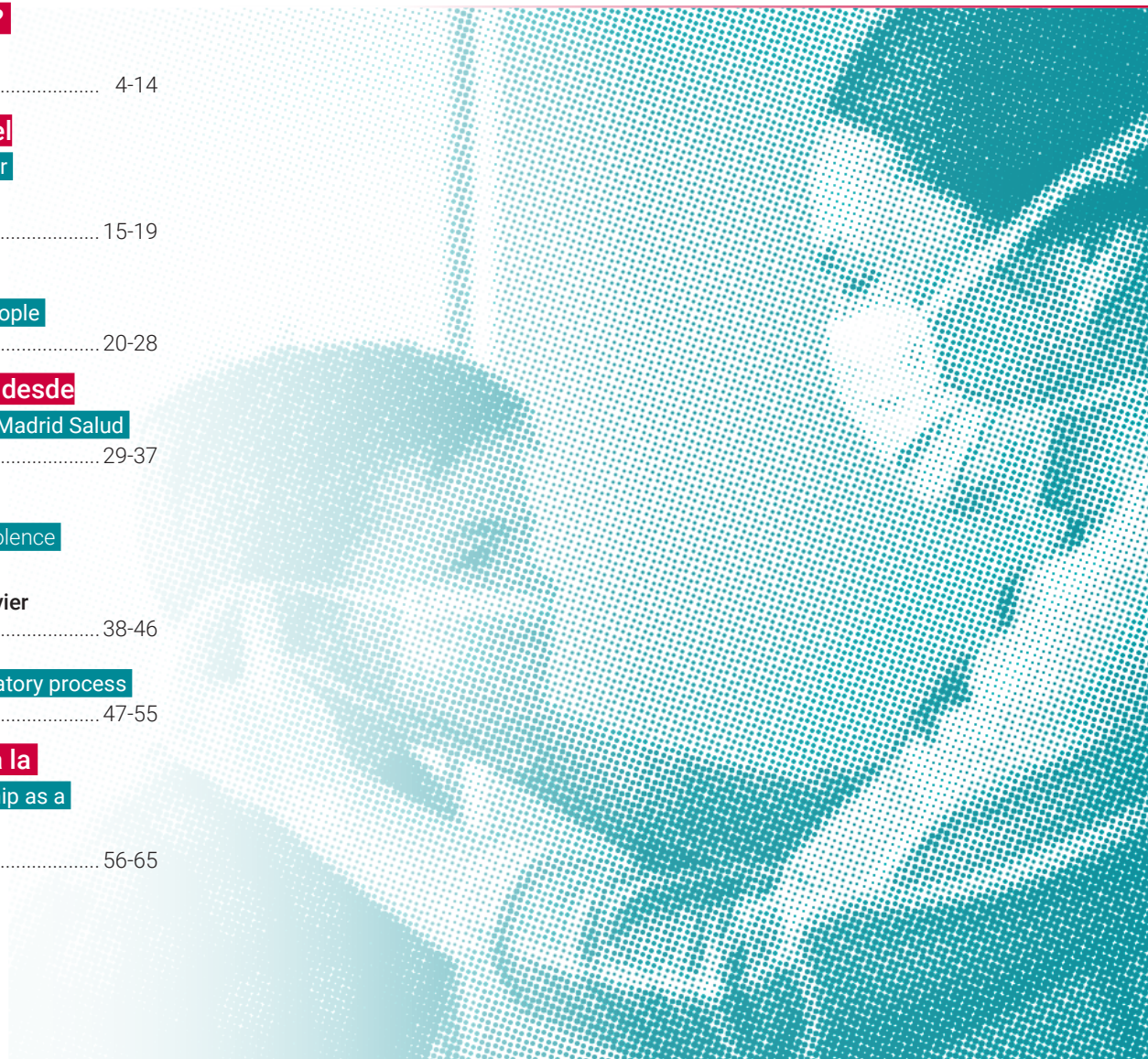
Marta Niño Fuentes ..... 47-55

**Relación familia-escuela como impulsora de la Educación para la**

**Salud. Análisis de la legislación educativa** | Family-school relationship as a

promoter of Health Education Analysis of educational legislation

Fátima Rosado-Castellano y Nieves Martín-Bermúdez ..... 56-65



**01 Población escolar y alimentación, ¿Hacia dónde nos dirigimos?** School population and food, where are we headed?**Juana María Anguita Acero**[juana.anguita@gmail.com](mailto:juana.anguita@gmail.com)

Universidad Rey Juan Carlos (Madrid, España)

<https://orcid.org/0000-0002-8390-857X>**Eduardo López Bertomeo**[edu\\_lopez\\_bertomeo@hotmail.com](mailto:edu_lopez_bertomeo@hotmail.com)

Universidad Internacional de la Rioja (Logroño, España)

<http://orcid.org/0000-0002-4447-8597>

Fecha de Recepción: 07/04/2020

Fecha de Revisión: 18/04/2020

Fecha de Aceptación: 13/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.01>**RESUMEN**

Los actuales procesos de globalización que caracterizan a las sociedades más desarrolladas llevan implícitos altos niveles de conectividad y la proliferación de interrelaciones inimaginables hasta ahora. Ese proceso de globalización ha generado grandes avances sociales y económicos a nivel internacional, sin ser España una excepción. Nuestro país ha alcanzado altas cotas de desarrollo en las últimas décadas, lo que convierte a la sociedad española en una de las más avanzadas del mundo. Esta circunstancia revierte en ella misma, ofreciéndole un amplio abanico de posibilidades para la mejora de los niveles de calidad de vida y bienestar. No obstante, del grado de desarrollo social y económico también se derivan situaciones que dificultan el pleno desarrollo personal y los estilos de vida saludable. En este sentido, es indudable que los ritmos de vida, donde lo laboral parece primar sobre lo social, y la consecuyente y creciente dificultad para la conciliación de la vida laboral y la vida familiar, hacen que esa misma sociedad que se beneficia de altos niveles de desarrollo económico, se vea perjudicada a la hora de encontrar tiempo para el desarrollo de la individualidad de las personas. En ese proceso de desarrollo y plenitud individual la salud juega un papel fundamental y, dentro de ésta, el conocimiento del propio cuerpo, la práctica habitual de ejercicio físico, la adecuada gestión emocional y la adquisición de ciertos hábitos de alimentación desempeñarán un rol fundamental para el mantenimiento de niveles saludables en nuestra sociedad. Obviamente, de una sociedad que encuentra dificultades para conciliar vida laboral y vida familiar, se puede deducir que los grandes perjudicados serán niños y adolescentes en lo que respecta a su calidad de vida. Es cierto que en las sociedades desarrolladas, una vez que niños y adolescentes finalizan sus periodos escolares, desempeñan una gran cantidad de actividades extraescolares, ya sean deportivas o académicas. Sin embargo, ¿qué lugar ocupa la educación nutricional para la adquisición de hábitos de alimentación saludables? ¿Qué ocurre con el consumo responsable de alimentos frente al consumo impulsivo y descontrolado? A este respecto, los últimos estudios sobre alimentación infantil señalan que todavía hoy en España existe una prevalencia de un 23,2% de sobrepeso y un 18,1% de obesidad infantil, lo que implica un alto riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades en el futuro de niños y niñas en edad escolar (ALADINO, 2015). Ante estos

datos tan negativos, ¿qué medidas adoptan ámbitos tan dispares como las administraciones públicas, los centros educativos y las familias? El presente trabajo tiene por objeto abordar los retos a los que se enfrenta la sociedad actual en términos de alimentación, así como la situación real de la población en edad escolar desde la perspectiva de sus hábitos de alimentación, aportando además coherencia a las diversas propuestas que surgen desde la política educacional y que tratan de hacer partícipes a los principales agentes educativos, es decir, administraciones, familias y escuelas. Asimismo, se pretende analizar la importancia que tiene la colaboración de los principales agentes educativos en la adquisición de estilos de alimentación saludables, así como proponer programas y actuaciones educativas aplicables en el ámbito escolar que podrían aportar claridad e, incluso, orientar diversos proyectos dentro del marco de las instituciones educativas existentes en España.

**Palabras clave:** política educacional, obesidad, educación nutricional, población en edad escolar, calidad de vida.

## ABSTRACT

The current globalization processes that characterize the most developed societies imply high levels of connectivity and the proliferation of interrelationships unimaginable until now. This process of globalization has generated great social and economic advances at the international level, and Spain is no exception. Our country has reached high levels of development in recent decades, making Spanish society one of the most advanced in the world. This circumstance is reflected in the country itself, offering a wide range of possibilities for improving quality of life and well-being. However, the degree of social and economic development also gives rise to situations that hinder full personal development and healthy lifestyles. In this sense, there is no doubt that the rhythms of life, where the work seems to take precedence over the social, and the consequent and growing difficulty in reconciling work and family life, mean that the same society that benefits from high levels of economic development is harmed when it comes to finding time for the development of people's individuality. In this process of individual development and fulfilment, health plays a fundamental role and, within this, knowledge of one's own body, regular physical exercise, adequate emotional management and the acquisition of certain eating habits will play a fundamental role in maintaining healthy levels in our society. Obviously, from a society that finds it difficult to reconcile work and family life, it can be deduced that the greatest sufferers will be children and adolescents with regard to their quality of life. It is true that in developing societies, once children and adolescents have finished their schooling, they engage in a large number of extracurricular activities, whether they be sporting or academic. However, what place does nutritional education occupy in the acquisition of healthy eating habits? What happens with the responsible consumption

of food as opposed to impulsive and uncontrolled consumption? In this respect, the latest studies on child nutrition indicate that even today in Spain there is a prevalence of 23.2% of overweight and 18.1% of child obesity, which implies a high risk for the development of various diseases in the future of school-age children (ALADINO, 2015). In view of these negative data, what measures are being taken by areas as diverse as public administrations, educational centres and families? This paper aims to address the challenges facing society today in terms of nutrition, as well as the real situation of the school-age population from the perspective of their eating habits, also providing coherence to the various proposals arising from educational policy and trying to involve the main educational agents, ie, administrations, families and schools. Likewise, the aim is to analyse the importance of the collaboration of the main educational agents in the acquisition of healthy eating styles, as well as to propose educational programmes and actions applicable in the school environment that could provide clarity and even guide various projects within the framework of the existing educational institutions in Spain.

**Keywords:** educational policy, obesity, nutritional education, school-age population, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

Es evidente que el actual proceso de globalización ha contribuido a una enorme evolución económica, social y cultural en las naciones desarrolladas, gracias entre otros factores, a la interconectividad y a la facilidad de acceso a una enorme cantidad de información, derivando todo ello en lo que conocemos como sociedad del conocimiento. En este sentido, considerando que en el desarrollo y consolidación de la sociedad del conocimiento, las tecnologías de la información y la comunicación juegan un papel absolutamente protagonista, podríamos decir que en la actualidad el saber y los conocimientos se constituyen en los perfectos ejes sobre los que giran las estructuras y composiciones sociales, así como en los instrumentos que condicionan su progreso (Mateo, 2006), siendo, por tanto, un factor clave y determinante de nuestra sociedad.

En este sentido, desde la entrada en el periodo democrático actual, España ha sido un ejemplo de desarrollo en múltiples sectores sociales, económicos y culturales y el nivel formativo de su población alcanza niveles nunca antes conseguidos. De hecho, el 60,2% de la población adulta en España presenta estudios superiores (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2019).

Sin embargo, si nos encontramos con la sociedad más formada de nuestra historia, ¿por qué los últimos datos sobre obesidad y sobrepeso infantil nos indican que en

torno al 20% de nuestros niños podrían desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro? Obviamente algo está fallando en nuestra estructura social, así como en los valores, prácticas y normas de alimentación que se transmiten a las nuevas generaciones, ya que la obesidad de la población infantil es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel global, abarcando tanto a países desarrollados como a países de rentas más bajas (Aranceta y Pérez, 2018).

En este desajuste educativo cobran especial protagonismo los dos principales agentes socializadores, es decir, familia y escuela. En este sentido, la relación entre familia y escuela no siempre ha sido fácil y especialmente en los últimos años ha existido cierta desconfianza. Desde el punto de vista social, en las últimas décadas nos encontramos con un cambio evidente en las prioridades y los valores sociales como consecuencia del carácter postmaterialista de la sociedad contemporánea. Un carácter, el postmaterialista, procedente de la seguridad económica de las nuevas generaciones y que implica la autonomía personal y por extensión, la autorrealización del propio individuo (Duque, 2017).

Es cierto que España no es un ejemplo de conciliación familiar y laboral, pero también podemos decir que en una sociedad capitalista como la actual en la que el éxito profesional parece ir aparejado al éxito personal y, por tanto, a la autorrealización individual, la familia ha pasado de ser un agente socializador de primer orden, a delegar gran parte de la educación a la escuela. Esto, obviamente, trae consigo una serie de conflictos, ya que la escuela se ve desborda en sus responsabilidades educativas y, además, en muchos casos, los intereses escolares y familiares no coinciden. Ante esta situación, existe un cierto consenso en los estamentos educativos sobre la imperiosa necesidad de la implicación de las familias en su responsabilidad para educar en la ciudadanía (Bolívar, 2006), siendo una parte importante de ello, la correcta educación en hábitos de alimentación.

Ante la excesiva delegación educativa de la familia en la escuela, las políticas educativas de los últimos años, canalizadas a través de las diferentes leyes y normativas de desarrollo curricular, han tratado de compensar esta situación poniendo el foco, entre otros aspectos, en múltiples medidas para facilitar que el alumnado adquiera unos adecuados niveles de calidad de vida y salud y, por tanto, de alimentación.

En cualquier caso, partiendo de que la cuestión alimentaria supone un gran desafío a nivel global, es destacable que los problemas de alimentación de España y el resto de los países desarrollados, distan mucho de los problemas de nutrición de la población escolar en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. En estas zonas geográficas los problemas de la alimentación no están vinculados al exceso y los hábitos de ingesta alimentaria, sino más bien al déficit y la falta de alimentos. Esta situación

exigirá la coordinación de políticas educativas y sanitarias por parte de los Estados y la actividad de diversos organismos supranacionales.

## OBJETIVOS

Ante la situación descrita, y desde lo más general a lo más particular, en el presente estudio de revisión bibliográfica se plantea como objetivo principal conocer, en términos de alimentación, cuáles son los principales retos a los que se enfrenta la sociedad actual partiendo de las observaciones y acciones llevadas a cabo por los organismos internacionales más destacados. Entre dichos retos se encuentra la obesidad infantil, eje de este trabajo. En lo que respecta a los objetivos específicos, se pretende mostrar cuáles son las principales causas de la obesidad, centrandolo en el contexto nacional español; analizar cómo es la obesidad en el ámbito escolar, conocer qué medidas concretas se llevan a cabo para facilitar la adquisición de hábitos de alimentación saludable en el alumnado y, por último, conocer las respuestas que se articulan desde los principales agentes educativos para paliar el problema del sobrepeso y la obesidad escolar.

A través de los objetivos planteados será posible tener una visión de conjunto de cuál es el estado de la cuestión de la obesidad dentro del territorio español.

## METODOLOGÍA

El presente artículo pretende configurarse como un trabajo de revisión de carácter descriptivo, lo que será de gran utilidad en un campo tan abierto como es el de la salud alimentaria y la consecuente adquisición de hábitos de vida saludable. Además, esta revisión descriptiva tendrá indudable interés desde el punto de vista del proceso de enseñanza y aprendizaje no solo en el ámbito educativo, sino también en ámbitos afines como forma incuestionable de estar actualizados en cuestiones de interés general (Merino, 2011) y sin duda, la cuestión alimentaria lo es.

De esta forma, desde la perspectiva metodológica, una vez seleccionados los objetivos de la revisión que se propone en el presente trabajo, se abordó la cuestión de la propia revisión bibliográfica. Para ello, cabe destacar el predominio de fuentes bibliográficas primarias, las cuales, se obtuvieron a través de diversas fuentes de datos como Google Scholar, Dialnet; Redalyc o Scielo, y a través de las páginas oficiales de UNICEF, ONU, FAO y OMS, entre otras. En este sentido, la búsqueda se realizó en torno a palabras clave como obesidad, sobrepeso, población escolar o educación nutricional, lo que proporcionó una gran cantidad de documentación. Así, una vez organizada la documentación previamente recopilada, la selección de la información se produjo en función de su importancia para alcanzar los objetivos planteados en el presente

trabajo, su carácter primario y su calidad científica. De modo más concreto, la evaluación final de los artículos para determinar su presencia o no en la presente revisión, se realizó atendiendo a su repercusión argumentativa y en su caso, a la validez de los resultados de los estudios científicos analizados, los resultados obtenidos y su pertinencia de aplicación a la temática que se aborda en este trabajo (CASPe, 2016).

## LA ALIMENTACIÓN: UNA PREOCUPACIÓN Y UN RETO GLOBAL

El derecho a ser alimentado queda reflejado en el principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959). Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) en su artículo 24 expresa claramente la necesidad de una alimentación nutritiva y la importancia de luchar contra la malnutrición. Igualmente, la alimentación tiene una mención especial en los artículos 10 y 27 de la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (ONU, 1969). En el artículo 10 se busca promover medidas que contribuyan a la correcta distribución de alimentos y a mejorar los niveles de nutrición. Por su parte, en el artículo 27 se destaca que los responsables de los menores deben ser ayudados a fin de proporcionarles, entre otros aspectos, una nutrición adecuada.

Si bien los responsables directos de los menores son sus progenitores, personas o instituciones que ejercen la labor de tutores y de las que dependen en primera instancia (Ley Orgánica 1, 1996), son los diferentes gobiernos y administraciones competentes quienes deben velar y garantizar que lo anterior se cumple en aquellos estados sobre los que tienen competencia. Estas afirmaciones fueron puestas de manifiesto en la Cumbre parlamentaria mundial contra el hambre y la malnutrición celebrada en Madrid en 2018. En ella, el Observatorio del Derecho a la Alimentación de España (2018, p. 4) afirma que:

Son los parlamentos y los gobiernos los que toman las decisiones relacionadas con las políticas públicas sociales, la distribución del presupuesto, la aprobación de leyes que favorezcan el reconocimiento efectivo del derecho a la alimentación, las garantías y recursos para su exigibilidad, la creación de mecanismos de gobernanza para la seguridad alimentaria y nutricional [...].

Así pues, garantizar la seguridad nutricional de los individuos debe ser un reto, una preocupación y una obligación para todas las naciones. En este sentido, Jonsson (1993) considera que hay tres factores esenciales: comida, salud y cuidado, que deberían confluir y darse al mismo tiempo para que esa garantía sea real. Sin ellos, la seguridad nutricional estaría en peligro. Además, a fin de que los tres factores mencionados se diesen conjuntamente, se debería hablar de la presencia de ciertos recursos que Jonsson (1993, p. 23) clasifica en económicos, humanos

e institucionales. Los recursos económicos se miden en el nivel de vida de los individuos que viven en un determinado lugar. Por su parte, los recursos humanos estarían ligados a la capacidad que tiene la sociedad para valorar y reconocer ciertas necesidades y a actuar en consecuencia. Por último, los recursos institucionales tendrían que ver con la gestión que hacen las administraciones y los organismos tanto de índole nacional como internacional. Esto lleva a pensar que existe una relación directa entre el nivel de desarrollo de una nación y el equilibrio comida-salud-cuidado en dicho territorio (FAO, 2002).

Así lo manifiestan la FAO y la OMS en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (2014) en la que ambos organismos, además, evidencian que el reparto y la distribución de alimentos están directamente relacionados con el nivel de desarrollo de los diferentes países en el mundo.

La existencia de una brecha a este respecto ha existido y, lejos de reducirse, se mantiene o incluso va en aumento. El notable desequilibrio es fiel reflejo de las desigualdades económicas que llevan a la ONU a recoger dentro de la Agenda 2030 un total de diecisiete objetivos de desarrollo sostenible, consistiendo el segundo de ellos en “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”. Dicho objetivo persigue a su vez una serie de metas, donde la segunda de ellas pretende:

Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad (ONU, 2015).

Es decir, la Agenda 2030 es consciente de la necesidad de erradicar la mala nutrición, idea que igualmente se recoge en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (FAO y OMS, 2014) donde se señala que dicha necesidad es fundamental debido a “[...] razones sanitarias, éticas, políticas, sociales y económicas, con especial atención a las necesidades particulares de los niños [...]” (p. 3). Teniendo en cuenta la gran distancia existente entre países ricos y países pobres, parece poco probable que pueda cumplirse esta meta cuando el mundo está a punto de cumplir el primer cuarto del presente siglo. Además, la Agenda 2030 pone de manifiesto la existencia de necesidades entre determinados grupos sociales, donde los menores y los adolescentes son una prioridad.

Resulta una paradoja que a fecha de hoy, en el primer tercio del siglo XXI, siga habiendo niños malnutridos y con problemas que se derivan de carencias en su

alimentación. Si bien las cifras van en descenso, Asia y África siguen siendo los continentes de la excepción. Esta realidad contrasta con la de continentes más industrializados donde el sobrepeso y la obesidad constituyen un verdadero problema entre los menores (UNICEF, 2019).

A los términos desnutrición, sobrepeso y obesidad, se suma el de hambre oculta que se define como una carencia en la ingesta de vitaminas y minerales (Abdrahoh, Alwahaidi, Mostafa y Zabut, 2020; Roy, 2019). En este sentido, la malnutrición conllevaría hambre oculta si bien no de forma exclusiva puesto que incluso el sobrepeso y la obesidad también podrían esconder hambre oculta (FAO y OMS, 2014). Una alimentación desequilibrada, aunque pudiera ser abundante, no es sinónimo ni de buena ni de equilibrada. La vida en las ciudades, la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, la proliferación de la comida basura e incluso los cambios derivados del clima tendrían una incidencia directa en la alimentación de sus individuos, con especial incidencia en niños y adolescentes (UNICEF, 2019). En consecuencia, “las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida” (FAO y OMS, 2014, p. 3).

Con el firme propósito de dar una solución a este problema centrado en la malnutrición, debatido en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (2014) y planteado en la Agenda 2030 (ONU, 2015), la ONU (2016, p. 2) “decide proclamar el período comprendido entre 2016 y 2025 Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, dentro de las estructuras existentes y los recursos disponibles”.

Cuando la sociedad se encuentra en el ecuador de ese decenio, año 2020, es posible afirmar que, si bien los hábitos de vida saludable constituyen uno de los intereses principales de la sociedad industrializada, la nutrición ocupa, sin lugar a dudas, un puesto prioritario junto al aspecto físico (Gervilla, 2003). También es posible afirmar que la importancia de la alimentación no es algo que esté exclusivamente ligada a una tendencia actual. Desde antiguo, las diferentes civilizaciones que se han ido sucediendo a lo largo de la historia han perseguido y han mostrado gran preocupación por contar con personas sanas, a la vez que intentaban huir de las enfermedades. Sabían que un estado saludable es el resultado de una buena alimentación, la cual va ligada a conceptos como calidad de vida, esperanza de vida y prevención de enfermedades, entre otros (González, Rodríguez y Arriola, 2017). Así pues, independientemente de la zona geográfica en la que se encuentre, el poder de una nación estaba asociado a la salud de sus habitantes, idea que hoy perdura y que va unida a factores eminentemente económicos y políticos (Ortúzar, 2017).

## ESPAÑA: EL RETO DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

A pesar de que estar bien alimentado es un derecho que todos tenemos y una obligación de los poderes públicos y las personas adultas hacia aquellos que no pueden hacerlo correctamente por sí mismos (Constitución Española, 1978), la realidad es bien distinta.

Mientras que “una de cada nueve personas en el mundo está subalimentada” y las cifras de menores mal alimentados evidencian que “66 millones de niños en edad escolar primaria asisten a clases con hambre en los países en desarrollo, 23 millones solo en África (ONU, 2015), en los países desarrollados uno de los grandes problemas de salud pública se focaliza en problemas de sobrepeso y obesidad infantil. De hecho, la obesidad es considerada la gran epidemia del siglo XXI (Martínez, Jiménez, Tarraga, Madrona y Tárraga, 2019).

Tal y como ha quedado reflejado en la sección anterior, los estilos de vida están claramente ligados a los modelos políticos y económicos, aunque no exclusivamente. A ellos, la FAO y la OMS (2014, p. 2) añaden los factores ambientales ya que éstos también pueden tener una incidencia no sólo en los hábitos alimenticios sino en las modalidades de actividad física que se llevan a cabo. La forma en la que se conjuguen todos estos condicionantes puede hacer aumentar la obesidad y una serie de afecciones en las que las grasas, los azúcares y la sal tienen un papel esencial. Existe otro elemento que resulta determinante en el desarrollo de hábitos alimenticios y, consecuentemente, en la obesidad ya que puede manipular la voluntad de los individuos. Se trata de la publicidad, la cual tiene una gran responsabilidad en la volición y la mentalidad de los individuos (FAO y OMS, 2014).

Turconi et al. (2008) sostienen que la motivación tiene un gran peso en el cambio de hábitos. En definitiva, en la forma de comportarnos en lo que a alimentación se refiere. Sin embargo, la motivación por sí sola no es suficiente para cambiar, especialmente a edades tempranas e, incluso, en la adolescencia. Hace falta saber de sus consecuencias para despertar interés.

Así pues, la obesidad se ha convertido en una preocupación y un tema de candente actualidad. Por ello, no se puede banalizar y es necesario conocer de forma precisa cuándo un problema como el sobrepeso pasa a convertirse en algo más serio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una excesiva acumulación de grasas en el cuerpo que suponen un evidente riesgo para la salud del individuo. En lo que a datos concretos se refiere, la FAO y la OMS (2014, p. 3) informan de que:



[...] el sobrepeso y la obesidad, entre niños y adultos por igual, han venido aumentando rápidamente en todas las regiones: en 2013 había 42 millones de niños menores de cinco años afectados por el sobrepeso y en 2010, más de 500 millones de adultos afectados por la obesidad.

A este respecto la obesidad y el sobrepeso constituyen uno de los factores de mortalidad más importantes a nivel internacional, generando aproximadamente 3 millones de muertes al año, como consecuencia del incremento de patologías derivadas del exceso de peso corporal, tales como diabetes, ictus, enfermedades cardíacas, distintos tipos de cánceres, etc. (Serrano, 2018).

España, como uno de los grandes países desarrollados, no es una nación ajena a esta problemática. Son diversos los estudios que vienen a confirmar la alta prevalencia de la obesidad y el sobrepeso de la población escolar en España. Así, entre los 52 países de la OCDE, España ocuparía el puesto duodécimo con una prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población entre 5 y 19 años del 34,1%, siendo el cuarto país de la Unión Europea (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

De esta forma, considerando que a los niños no se les define como obesos hasta que sobrepasan en al menos un 10% del peso recomendado por su edad y estatura, la obesidad y el sobrepeso en España, como en otros países desarrollados, presentan diversas causas relacionadas con el excesivo consumo de comida precocinada con altos niveles calóricos, falta de tiempo para cocinar, realización de dietas desequilibradas o consumo de comida rápida. Todo ello como consecuencia de los nuevos estilos de vida o incluso el aumento de familias desestructuradas (Alba, 2016). Asimismo, otro de los factores que está determinando el aumento de peso en la población infantil española es el sedentarismo como consecuencia del protagonismo que están adquiriendo las nuevas tecnologías en la actividad diaria de los niños y niñas, lo que está derivando en la denominada obesidad digital (Díaz y Aladro, 2016).

Otro de los factores que pueden influir en la presencia de situaciones de sobrepeso y obesidad entre la población escolar, además de los genéticos, es el emocional. A este respecto, los problemas de obesidad parecen tener una relación directa con problemas de autorregulación emocional provocadas por presencia de ansiedad y depresión, lo que hace que la alimentación se convierta en el instrumento para tratar de alcanzar el equilibrio interno (Carrasco, Gómez y Steforelli, 2009). El factor emocional se convierte así en uno de los más importantes dado que puede provocar tanto obesidad como, todo lo contrario, anorexia. Ello se debe a que es susceptible de estar condicionado, entre otros, por los estándares de belleza que determina la sociedad (Gervilla, 2003).

Por último, cabe destacar que, si bien existe una conciencia común acerca de las consecuencias que se derivan de una dieta no saludable y del significado implícito de la palabra malnutrición, los hábitos nutricionales deberían poder ser medibles de manera objetiva. Así surgen programas multimedia interactivos como el IMM diseñado por Irvine, Ary, Grove y Gilfillan-Morton (2004) cuyo objetivo no es otro que probar la eficacia de un registro de hábitos alimenticios en el cambio de mentalidad de los participantes. Ese cambio de mentalidad contribuiría a la concienciación de que es necesario dar un giro a lo que se ingiere diariamente (reduciendo las grasas y aumentando e incorporando frutas y verduras) para así evitar enfermedades serias e irreversibles. De esta forma, a partir de un registro personal de la dieta de cada individuo en un software, dicho individuo podría ver su evolución y la tendencia saludable de la misma, así como la necesidad de un cambio. Paralelamente a este tipo de programas, surgen estudios y proyectos como HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) (Kersting et al., 2008); gracias al cual, entre otras cosas, se diseñaron herramientas de intervención TIC para la mejora de hábitos de alimentación en cuanto a la ingesta de verduras, fibra y agua, así como a la realización de ejercicio físico como complemento necesario para el control del sobrepeso y la obesidad (Comisión Europea, 2008).

En definitiva, si bien los hábitos saludables deben promoverse desde edades tempranas, no es hasta la adolescencia cuando los jóvenes comienzan a asumir y a tener una actitud responsable de la importancia de dichos hábitos en los que el aspecto físico es determinante (Turconi et al., 2008). Es por este motivo que muchos de los estudios y proyectos sobre alimentación encuentran un punto de inflexión en la adolescencia y HELENA (Kersting et al., 2008) no es una excepción. Dicho estudio tiene por objeto desarrollar un instrumento de medición y evaluación sobre los hábitos alimenticios de los adolescentes en Europa. El instrumento mediría la cantidad de comida y nutrientes que ingieren los jóvenes, los problemas de peso asociados a determinados hábitos y el grado de conocimiento que tienen los adolescentes en lo que a nutrición se refiere. Entre los países que formaron parte del estudio, diez en total, se encontraba España. En sus conclusiones se confirma que las chicas tienen una mayor conciencia y mayor conocimiento en lo que a alimentación se refiere. Igualmente controlan más lo que ingieren (Lipowska, Lipowski, Jurek, Jankowska y Pawlicka, 2018).

## OBESIDAD Y SOBREPESO: RESPUESTA EDUCATIVA EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL

Resulta evidente que el tándem dieta-nutrición juega un papel esencial a la hora de prevenir enfermedades, entre las que se encuentra la obesidad, y mantener una buena salud (Turconi et al., 2008).

Los casos objetivos de obesidad y sobrepeso y el deseo y la necesidad de paliarlos hacen que el Observatorio del Derecho a la Alimentación de España y el Observatorio del Derecho a la Alimentación de América Latina y el Caribe (2018) pongan de manifiesto que para controlar y promover un equilibrio en lo que a alimentación saludable se refiere es necesario que exista una coordinación entre “educación, agricultura, economía y salud” (p. 33).

La educación se convierte, por tanto, en uno de los elementos clave. Para ello, es necesario:

- a) incorporar en el currículo escolar la alimentación sostenible como materia [...];
- b) impulsar campañas de sensibilización pública y promoción de una alimentación sana dirigidas a todo tipo de públicos, poniendo énfasis en el público infantil;
- c) la implantación de medidas contra la publicidad de alimentos no saludables podría tener un efecto inmediato en el consumo de alimentos saludables;
- d) regular el funcionamiento de los comedores escolares bajo los principios del derecho a la alimentación adecuada [...];
- e) enfocar las políticas educativas no solo con el objetivo de mejorar la salud de las personas, sino también de revalorizar el trabajo agrícola y la conexión campo-ciudad. (Observatorio del Derecho a la Alimentación de España y el Observatorio del Derecho a la Alimentación de América Latina y el Caribe, 2018, p. 32)

Ante esta situación, hace tiempo que las administraciones públicas, mediante planes y recursos de diversa naturaleza, tratan de llevar a cabo políticas sanitarias y educativas de carácter preventivo y destinadas a diversos sectores de la población, especialmente a la población escolar. En este ámbito, el de la población escolar, las políticas públicas se dirigen principalmente a dicho aspecto, incidiendo especialmente en el desarrollo de hábitos de alimentación y ejercicio físico. El motivo responde a lo que Pérez-Rodrigo y Aranceta (2001) ponen de manifiesto cuando afirman que la dieta saludable, junto con la actividad física, tienen una relación directa con el rendimiento académico del alumnado. Idea basada y también defendida por Nicklas, Webber, Johnson, Srinivasan y Berenson, (1995), Aldinger y Jones (1998) y American Dietetic Association (ADA, 2004).

Por ello, las autoridades competentes se han visto en la obligación de desarrollar campañas orientadas a la educación y concienciación del consumidor, entre ellas, campañas de educación alimentaria, etiquetados obligatorios de alimentos, políticas fiscales respecto al incremento de impuestos para los alimentos que promuevan la obesidad. Asimismo, son muy comunes el desarrollo de políticas para promover la actividad física entre los escolares, por ejemplo, el fomento de la actividad al aire libre, mejora de las instalaciones deportivas comunitarias o la ayuda a las diferentes asociaciones deportivas (Mussini y Temporelli, 2013).

Todas estas campañas preventivas no dejan de tener un evidente carácter complementario, ya que perderían su valor si previamente no hubiera un trabajo educativo-sanitario. Es decir, las campañas preventivas de las administraciones públicas no tendrían el mismo efecto sobre la población infantil si previamente no hay una coordinación de las políticas sanitarias y las políticas educativas. De esta forma, para que todo ello sea efectivo, la escuela se configura como el perfecto nexo de unión entre todas las políticas destinadas a la prevención de las situaciones de obesidad y sobrepeso de la población escolar, ya que es allí, donde confluyen los principales agentes socializadores, profesores y familias (Pérez-Rodrigo y Aranceta, 2001).

Prueba de ello son las conclusiones a las que llegaron Zhao, Zhai, Li y Li (2001) quienes, tras la aplicación de un programa educativo nutricional en adolescentes, afirmaron que la información nutricional y, por ende, el conocimiento sobre este aspecto es esencial a la hora de cambiar los hábitos de la dieta. A ello se unen, además, otros factores como el estilo de vida.

Desde esta perspectiva, si tenemos en cuenta que en España a lo largo de lo que llevamos de siglo XXI, la prevalencia de la obesidad infantil no ha hecho más que aumentar, pasando del 13,7% en el año 2003 (Márquez, 2016) al 23% y 18% de sobrepeso y obesidad, tal y como presenta el Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO, 2015), resulta evidente que, amparándose en el artículo 43.3 de la Constitución Española en la que se establece que los poderes públicos promoverán la educación sanitaria, desde las Administraciones educativas y sanitarias se exige una coordinación que dé como resultado el desarrollo de currículos educativos que traten de paliar esta epidemia alimentaria.

En este sentido, la educación en hábitos de alimentación en el sistema educativo español, se ha venido contextualizando dentro de la Educación para la Salud, siendo esto un aspecto fundamental en el desarrollo de ciudadanos responsables y, por tanto, siempre ha tenido presencia, con más o menos visibilidad, en las etapas de educación obligatoria (Montero, Tuzón y Gavidia, 2018). Cabe destacar que esta concienciación desde edades tempranas es esencial y su efecto ha quedado probado en un estudio realizado por Turconi et al. (2008) sobre hábitos saludables y cambios en el comportamiento de adolescentes. Si bien todo debe comenzar en la niñez, la conciencia alimenticia no comenzará a afianzarse hasta la adolescencia y, si cabe, con mayor incidencia en las chicas que en los chicos.

Esta coordinación entre políticas sanitaria y educativa se refleja en todas las leyes educativas desarrolladas en España en las últimas décadas, incluyéndose contenidos relacionados con la salud en diversas áreas curriculares. La proliferación de diversos contenidos de carácter multidisciplinar hace que los contenidos saludables

tengan cabida dentro del término temas transversales, el cual aparece por primera vez en 1990 con la aprobación de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Este concepto se utiliza desde entonces para referirse a aquellos contenidos que, por su importancia en la educación en valores, no podían ubicarse en una única área y, por tanto, debían tener presencia en todo el currículo. Uno de esos temas transversales era la Educación para la Salud, incluyéndose entre otras, la idea de reforzar normas básicas de alimentación (Jurado, 2008).

El carácter transversal de la adquisición de hábitos de alimentación continuó en leyes educativas posteriores a través de las llamadas competencias básicas, término que comenzó a utilizarse en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). En dichas competencias, la Educación para la Salud y por extensión, la educación en hábitos de alimentación y prevención de la obesidad y el sobrepeso en la población escolar, quedan diluidas en la competencia de Conocimiento e interacción con el mundo físico (Montero, Tuzón y Gavidia, 2018).

Ya en la actual Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), la educación alimentaria sigue formando parte de los contenidos curriculares de áreas diversas áreas curriculares de la educación obligatoria. No obstante, al considerarse un tema de especial trascendencia en la formación del alumnado desde el punto de vista preventivo, la Educación para la Salud se sigue abordando desde el ámbito transversal a través de las competencias clave, más concretamente en las Competencias sociales y cívicas. Así, desde el punto de vista social, se pretende que el alumnado pueda acometer de manera autónoma y eficaz a lo largo de toda su vida, un adecuado estado de salud física y mental por medio de una adecuada formación en el desarrollo de estilos de vida saludable (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2020).

## OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ESCUELA

Parece evidente que, desde el punto de vista administrativo, se establecen las bases necesarias como para favorecer la prevención de la obesidad y el sobrepeso entre el alumnado a través de un diseño curricular oficial en el que se aborda de manera transversal la adquisición de hábitos de alimentación saludable, independientemente de que haya áreas en las que sea más factible el tratamiento de este tipo de contenidos.

Lo importante de los contenidos saludables que se incluyan en el currículo radicaría en ir dirigidos a los intereses y necesidades de alumnos, profesores y la escuela, en general; ser relevantes dentro de los objetivos del programa; tener en cuenta lo que los alumnos ya saben y lo que pueden hacer; ser culturalmente apropiados; ser

impartidos de manera que los alumnos puedan entenderlos; y enseñar tanto las habilidades como los conocimientos necesarios para mejorar y fortalecer los hábitos de alimentación saludables (Pérez-Rodrigo y Aranceta, 2001, p. 131).

En este sentido, el sistema educativo español permite diferentes niveles de concreción curricular, lo que hará factible que el currículo establecido por las Administraciones educativas se adapte a las características contextuales de cada una de las escuelas, así como a los intereses y motivaciones del alumnado.

No obstante, es destacable que, a pesar de las múltiples reformas educativas, a menudo los intereses educativos de escuelas y familias no coinciden, ya que como destaca Lesourne (1993), los sistemas educativos se configuran como “zonas de conflicto” entre profesores, familias y Administraciones educativas a la hora de establecer los objetivos prioritarios (Puelles, 2010). Ante esta situación, tradicionalmente las escuelas han tratado de establecer una relación asimétrica con las familias que ha generado cierta barrera entre ambos estamentos (Oraisón y Pérez, 2006), aspecto este que ha derivado en una larga trayectoria de desconfianza y malentendidos (Puelles, 2010).

Por esta razón, para el desarrollo de hábitos de alimentación saludable y, por tanto, para la prevención de la obesidad y el sobrepeso entre el alumnado, se hace imprescindible la colaboración escuela-familia. De hecho, una adecuada y fluida colaboración entre escuela y familia no solamente revertirá positivamente en ambos estamentos, sino que también repercutirá favorablemente en la formación del alumnado (Kołłataj, Sygit, Sygit, Karwat y Kołłataj, 2011). De esta manera, se podrían evitar situaciones tan incongruentes como el excesivo consumo de snacks, bollería industrial y bebidas azucaradas en los recreos de los colegios e institutos españoles, algo que también podría subsanarse si se tuvieran en cuenta las propuestas del Observatorio del Derecho a la Alimentación de España (2018) sobre cómo hacer frente a la malnutrición por sobrepeso y la obesidad. Dicho observatorio, además de proponer la puesta en práctica de campañas de concienciación (ya destacadas más arriba en este trabajo), considera que es fundamental:

[...] promover la venta y suministro de productos frescos; reforzar la regulación del contenido de los alimentos procesados; políticas comerciales más inclusivas respecto a consideraciones de la salud; políticas fiscales que graven los alimentos procesados (con elevadas concentraciones de azúcar y grasas saturadas) y posible reducción del IVA a los alimentos frescos y más saludables; restringir la publicidad de alimentos que inciden en dietas poco saludables, en especial la dirigida a los niños para garantizar sus derechos; fortalecimiento de la salud preventiva, inclusión de nutricionistas en el sistema sanitario. (p. 32).

Ante situaciones como estas y considerando el denodado esfuerzo del profesorado por corregir este tipo de hábitos alimenticios, resultará de suma importancia la cohesión de intereses de Administraciones educativas, escuelas, profesorado, familias y alumnos, por medio de programas y actividades que consigan que estos dos últimos agentes educativos, familias y alumnos, tomen conciencia del cuidado de la salud a través de los adecuados hábitos de alimentación.

A este respecto, suelen ser las Administraciones locales y autonómicas las que ofrecen una amplia variedad de actividades y talleres dirigidos a las escuelas relacionados con la formación alimentaria de los alumnos. De esta forma, es habitual la organización de talleres que orientan a los alumnos para establecer una buena relación con los alimentos a partir del conocimiento de sus nutrientes o talleres relacionados con la formación en desayunos saludables y nutritivos basados en la dieta mediterránea. En este sentido, destacan programas relacionados con el asesoramiento para la configuración de menús escolares o programas como *Saludatuvida* en el que por medio de actividades multimedia se orienta al alumnado de Infantil, Primaria y Secundaria sobre diversas cuestiones, entre ellas, la práctica de actividad física y la alimentación (Comunidad de Madrid, 2020a). Paralelamente, destacan programas como el *Diario Saludable* dirigido a la población de Educación Infantil en el que se insta a las familias, a través del profesorado, a registrar el consumo de frutas y verduras, la práctica de actividad física o el tiempo dedicado a ver la televisión o juego en ordenador, tablet o móvil (Comunidad de Madrid, 2020b).

Por último, más allá de las iniciativas por parte de las Administraciones competentes, desde los propios centros surgen infinidad de actividades complementarias al currículo oficial que tratan de educar a familias y alumnos en el consumo responsable de alimentos. A través de escuelas de padres, por medio de actividades que tratan de premiar el consumo de frutas en los periodos de recreo, por medio de talleres en los que colaboran familias y profesores en la realización de recetas saludables con los más pequeños o a través de metodologías activas e innovadoras como la realización de proyectos educativos relacionados con el conocimiento y cuidado del cuerpo humano, los centros educativos tratan de prevenir situaciones de obesidad y sobrepeso entre el alumnado. Intervenciones todas ellas que complementan a otras relacionadas con la promoción de la actividad física y el deporte y que pretenden orientar hacia la necesidad de la realización de iniciativas intersectoriales de carácter permanente que se configuren como un proyecto escolar integrado y no únicamente en asesoramientos puntuales (Rodríguez, 2009).

## CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo de revisión bibliográfica y atendiendo a los objetivos planteados inicialmente, observamos que, en las últimas décadas, organismos tan dis-

tintos, en lo que a su ámbito de acción se refiere, como la Organización Mundial de la Salud, UNICEF o la FAO intentan dar a conocer qué es lo que está pasando en la sociedad actual en materia nutricional. El mundo se enfrenta a la par a dos caras de una misma moneda cuando se hace referencia a la malnutrición. En una cara estaría la falta de alimentos y en la otra la abundancia de los mismos. Es justo la abundancia de alimentos en las sociedades desarrolladas, la que está desembocando en males que azotan de una forma muy particular a la población infantil, si bien no es el único colectivo, a través de enfermedades como la obesidad con consecuencias devastadoras. Por ello, se hace necesario echar la vista atrás y analizar los Derechos del Niño (1959) en lo que a alimentación corresponde, el marco legislativo de los países desarrollados y los diferentes encuentros que con carácter internacional intentan poner freno y dar solución a una problemática que crece año tras año.

El cumplimiento del segundo objetivo de la Agenda 2030 y de las propuestas planteadas para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 constituyen el reto inminente que requiere del trabajo conjunto de todos los países que conforman el mundo globalizado en el que vivimos.

En lo que respecta a los objetivos específicos, se han mostrado cuáles son las principales causas de la obesidad, las cuales están ligadas tanto a los modelos políticos económicos y sociales, como a circunstancias ambientales, a la publicidad y a la motivación. Los países del mundo más desarrollado y, por ende, más global comparten sistemas políticos y socioeconómicos con una base eminentemente capitalista donde se vive muy rápido y donde la alimentación había pasado a un segundo plano; ocupando el primero de ellos el trabajo y las múltiples actividades que se realizan al día las cuales no dejan espacio para pensar en lo que realmente importa: tener una vida saludable para prolongar nuestra existencia. La masiva incorporación de ambos progenitores al mundo laboral, la vida poco familiar de los niños dado que no pueden ver a sus padres porque pasan el día fuera de casa, la falta de tiempo para pensar en una alimentación que no sea cubrir un objetivo más a lo largo de día sino que sea sana, los altos costes de los productos sanos y frescos y el tiempo que requiere preparar una comida saludable hacen que se la población más industrializada se haya dejado arrastrar por la comida rápida y la comida basura y el sedentarismo.

Las circunstancias ambientales extremas, por frío o por calor, también han contribuido al desarrollo de hábitos insanos, donde a una alimentación desequilibrada y de escasa calidad, se suma el sedentarismo y la falta de ejercicio. Asimismo, la manipulación a la que la sociedad se ve sometida a través de la publicidad donde se promocionan productos cuya salubridad es más que dudosa, el fomento de actividades de ocio y tiempo libre que dependen del uso de dispositivos digitales frente

a una pantalla y la proliferación de imágenes imposibles de cánones de belleza difícilmente compatibles con una alimentación sana, conllevan desajustes alimenticios importantes que dan lugar a obesidad y a su opuesto, la anorexia.

De igual forma, la motivación tiene un papel altamente importante en todo lo que tienen que ver con la alimentación puesto que vidas solitarias en edades tempranas producen desajustes emocionales que, a veces, se sacian con comida, siendo esta tendencia un sinónimo de estrés y depresión.

España se sitúa aún en un estadio intermedio en lo que a obesidad infantil se refiere, algo que llama poderosamente la atención si se tiene en cuenta que gozaba de una dieta mediterránea muy alabada más allá de sus fronteras y de la posibilidad de realizar ejercicio fuera de casa al contar con unas condiciones climatológicas que así lo permiten. Los factores anteriormente descritos también han hecho mella en la sociedad española y poco a poco ésta va entrando en la onda de las características propias de la globalización.

En relación al análisis de la obesidad en el ámbito escolar y las medidas llevadas a cabo para adquirir hábitos de alimentación saludables, se ha mostrado que la legislación educativa en materia educativa contempla e incluye la enseñanza de hábitos saludables en aras de evitar problemas como la obesidad. Este tipo de enseñanza está recogida, principalmente, dentro de lo que se conocen como temas transversales. Hay que reconocer que los programas y campañas de concienciación han ido en aumento, sin embargo, no se puede decir que la lucha contra la obesidad sea uno de los ejes vertebradores de la educación actual.

Algo que se debe admitir es que todos los agentes educativos deben estar implicados en el intento de paliar el sobrepeso y la obesidad escolar, último de los objetivos específicos plantados. La Administración y los centros educativos, donde tiene cabida el profesorado, no pueden por sí solos llevar a cabo el radical cambio que requiere el modelo alimenticio y de hábitos saludables actual. Es necesario que las familias continúen la labor educativa fuera de las aulas y que la sociedad en su totalidad se concientice de que nuestra vida no debe medirse en cantidad de kilos sino en cantidad de años de calidad.

## REFERENCIAS

• Abdraboh, M. H., Alwahaidi, A. A., Mostafa, A. A. y Zabut, B. M. (2020). Zinc Deficiency among Malnourished Children under 5 Years in Gaza City. *EC Paediatrics*, 9(1),v106-118. Recuperado de [https://pdfs.semanticscholar.org/4b51/b48e429861f352427ded61b6eecd5af478e.pdf?\\_ga=2.155472061.761917124.1583349232-2116407860.1573772902](https://pdfs.semanticscholar.org/4b51/b48e429861f352427ded61b6eecd5af478e.pdf?_ga=2.155472061.761917124.1583349232-2116407860.1573772902)

- ADA (2004). Position of the American Dietetic Association: Dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(7), 660-667.
- ALADINO (2015). *Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Alba, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 42, 40-51.
- Aldinger, C.E. y Jones, J.T. (coord.) (1998). *Healthy Nutrition: An essential element of a Health-Promoting School*. WHO Information Series on School Health. Document four. Geneva: WHO.
- Aranceta, J., y Pérez, C. (2018). *La obesidad infantil: una asignatura pendiente*. *Revista Española de Cardiología*, 71(11), 888-891.
- Bolívar, A. (2006). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Revista de Educación*, 339, 119-146.
- Carrasco, D., Gómez, E., y Staforelli, A. (2009). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales. *Terapia Psicológica*, 27(19), 143-149
- CASPe (2016). *Programa de lectura crítica. Leyendo críticamente la evidencia clínica*. Recuperado de [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=)
- Comisión Europea (2008). *Un estudio revela el preocupante estado de salud de los adolescentes europeos*. Recuperado de <https://cordis.europa.eu/article/id/29376-study-reveals-worrying-state-of-european-teens-health/es>
- Comunidad de Madrid (2020a). *Programa Saludatuvida*. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/saludatuvida>
- Comunidad de Madrid (2020b). *Alimentación infantil*. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/alimentacion-infantil>
- Constitución Española (29 de diciembre de 1978). Boletín Oficial del Estado, 29313 - 29424. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229)
- Cortes Generales de España, AECID, FAO y Frente Parlamentario contra el Hambre (organizadores) (29-30 octubre 2018). *Cumbre parlamentaria mundial contra el hambre y la malnutrición*. Madrid, España
- Díaz, R., y Aladro, M. (2016). Relación entre el uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *Enfermería Comunitaria*, 4(1), 46-51
- Duque, E. (2017). Valores de la sociedad moderna: una visión del cambio social. *HOLOS*, 2, 317-336.
- FAO (2002). *El estado mundial de la agricultura y la alimentación 2002*. Roma: FAO. Recuperado de [http://www.fao.org/tempref/agl/AGLW/ESPIM/CD-ROM/documents/2B\\_s.pdf](http://www.fao.org/tempref/agl/AGLW/ESPIM/CD-ROM/documents/2B_s.pdf)
- FAO y OMS (19-21 noviembre 2014). *Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Mejor nutrición, mejor vida*. Roma, Italia.
- Gervilla, E. (2003). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la educación*, 14, 185-206.
- González, N., Rodríguez, S., y Arriola, A. (2017). Hambre Oculta. *Acta Pediátrica Hondureña* 8(1), 739-750.

- Irvine, A.B., Ary, D.V., Grove, D.A. y Gilfillan-Morton, L. (2004). The effectiveness of an interactive multimedia program to influence eating habits. *Health Education Research*, 19(3), 290-305.
- Jonsson, U. (1993). Nutrition and the United Nations Convention on the Rights of the Child. Innocenti Occasional Papers. *Child Rights Series*, 5, 1-44.
- Jurado, C. (2008). Los temas transversales en la escuela. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*. Recuperado de [https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_25/CARMEN\\_JURADO\\_GOMEZ01.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_25/CARMEN_JURADO_GOMEZ01.pdf)
- Kersting, M. et al. (2008). Food and nutrient intake, nutritional knowledge and diet-related attitudes in European adolescents. *International Journal of Obesity*, 32, S35-S41.
- Kořataj, W., Sygit, K., Sygit, M., Karwat, I.D. y Kořataj, B. (2011). Eating habits of children and adolescents from rural regions depending on gender, education, and economic status of parents. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2), 393-397.
- Lesourne, J. (1993). *Educación y sociedad. Los desafíos del año 2000*. Barcelona: Gedisa.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, núm.15, de 17 de enero de 1996, Madrid, España.
- Lipowska, M., Lipowski, M., Jurek, P., Jankowska, A. M., y Pawlicka, P. (2018). Gender and Body-Fat Status as Predictors of Parental Feeding Styles and Children's Nutritional Knowledge, Eating Habits and Behaviours. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981891/>
- Márquez, R. (2016). Obesidad: prevalencia y relación con el nivel educativo en España. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(3), 181-188.
- Martínez, L. I., Jiménez, A., Tarraga, L., Madrona, F., y Tarraga, P. J. (2019). Obesidad: una epidemia en la Sociedad actual. Análisis de los distintos tipos de tratamiento: motivacional, farmacológico y quirúrgico. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(11), 1112-1154.
- Mateo, J. L. (2006). Sociedad del conocimiento. *Arbor*, 718, 145-151.
- Merino, A. (2011). Cómo escribir documentos científicos (parte 3). Artículo de revisión. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 36-40
- Ministerio de Educación y Formación Profesional (2019). *Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2019. Informe español. Informe preliminar*. Madrid: Ministerio de Educación y Formación Profesional.
- Ministerio de Educación y Formación Profesional (2020). *Competencias sociales y cívicas*. Recuperado de <https://www.educacionyfp.gob.es/educacion/mc/lomce/el-curriculo/curriculo-primaria-eso-bachillerato/competencias-clave/social-civica.html>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en el informe "The Heavy Burden of Obesity" (OCDE 2019) y en otras fuentes de datos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Montero, J., Tuzón, P., y Gavidia, V. (2018). La Educación para la Salud en las leyes de educación españolas: comparativa entre la LOE y la LOMCE. *Revista Española de Salud Pública*, 92. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806030.pdf>
- Mussini, M., y Temporelli, K. L. (2013). Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 21(41), 166-184.
- Nicklas, T.A., Webber, L.S., Johnson, C.C., Srinivasan, S.R., y Berenson, G.S. (1995). Foundations for health promotion with youth: a review of observations from the Bogalusa Heart Study. *Journal of Health Education*, 26(2), S18-S26.
- Observatorio del Derecho a la Alimentación de España y Observatorio del Derecho a la Alimentación de América Latina y el Caribe (2018). *El derecho a la alimentación en España. Desafíos y propuestas*. Recuperado de <https://www.derechoalimentacion.org/materiales/el-derecho-la-alimentacion-en-espa-desaf-os-y-propuestas>
- ONU (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Recuperado de <http://www.cirp.org/library/ethics/UN-declaration/>
- ONU (1969). *Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>
- ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- ONU (2015). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- ONU (2016). *Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)*. Recuperado de <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/workprogramme-2016to2025/es/>
- Oración, M., y Pérez, A. M. (2006). Escuela y participación: el difícil camino de la construcción de ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación*, 42, 15-29
- Ortúzar, M. G. (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 20, 47-63.
- Pérez-Rodrigo, C., y Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition*, 4(1A), 131-139.
- Puelles, M. (2010). *Elementos de Política de Educación*. Madrid: UNED.
- Rodríguez, A. G. (2009). Concepciones y práctica reflexionada de docentes y enfermeras/os sobre la promoción de la alimentación saludable en la escuela. *Investigación en la Escuela*, 69, 87-98.
- Roy, D. K. (2019). Role of Microbes in Biofortification of Crops. *EC Agriculture ECO*, 2, 06-09. Recuperado de <https://www.ecronicon.com/eco19/pdf/ECAG-02-ECO-07.pdf>
- Serrano, J. A. (2018). La obesidad infantil y juvenil. *Quaderns de Politiques Familiars*, 4. Recuperado de [http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/958/03La\\_obesidad\\_infantil\\_juvenil.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/958/03La_obesidad_infantil_juvenil.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Turconi, G. et al. (2008). Eating Habits and Behaviors, Physical Activity, Nutritional and Food Safety Knowledge and Beliefs in an Adolescent Italian Population. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(1), 31-43.
- UNICEF (2019). *The Changing Face of Malnutrition. The State of the World's Children 2019*. Recuperado de <https://features.unicef.org/state-of-the-worlds-children-2019-nutrition/>
- Zhao, L., Zhai, F., Li, D., y Li, Y. (2001). A survey on the effects of "Dietary Guideline" nutrition education project. *Wei Sheng Yan Jiu [Journal of hygiene research]*, 30, 176-179.

**02 Revisión Bibliográfica: El ASMR como posible  
estrategia para el bienestar emocional** Literature Review:  
ASMR as a Possible Strategy for Emotional Well-Being

María Magaña Pardo

[✉ mariamaganapardo@gmail.com](mailto:mariamaganapardo@gmail.com)

María del Mar Macho Rivero

[✉ mari\\_mar\\_4491@hotmail.com](mailto:mari_mar_4491@hotmail.com)[ID https://orcid.org/0000-0001-5081-5193](https://orcid.org/0000-0001-5081-5193)

Fecha de Recepción: 01/05/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 22/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.02>**RESUMEN**

En la actualidad muchas personas encuentran en internet un aliado esencial al cual recurren en búsqueda de soluciones que mejoren su malestar psicológico. Debido a ello en los últimos años ha surgido una experiencia usada cada vez por más personas para intentar disminuir los sentimientos emocionales negativos derivados del estrés o la ansiedad. Se trata del ASMR, un fenómeno en el que a través de diferentes sonidos, se experimenta sensación de calma gracias a un "hormigueo" agradable que comienza en la coronilla y se extiende por todo el cuerpo. El objetivo principal de este trabajo es saber los beneficios que el ASMR puede aportar a personas con trastornos psicológico. Los estudios consultados muestran que la visualización de vídeos con contenido de ASMR producen un efecto relajante y calmante. Además, se estableció que existe una respuesta fisiológica que demuestra que el ASMR es una experiencia emocional compleja que ayuda a la relajación. Así, el ASMR podría resultar efectivo para aliviar una variedad de problemas de salud mental. Como conclusión podemos establecer que el ASMR es eficaz en la relajación y la tranquilidad y presenta una base fisiológica demostrable, lo cual proporciona cierta credibilidad a dicha experiencia.

**Palabras clave:** ASMR, Terapia, Respuesta Sensorial Meridiana Autónoma, Psicología.

**ABSTRACT**

Many people find on the Internet an essential which they turn searching for solutions that improve their psychological discomfort. Due to that, in recent years, it has come up an experience employed by more and more people to try to decrease negative emotional feelings caused by stress or anxiety. We are referring to the ASMR, a phenomenon in which through different sounds, whispers and images, you experience a feeling of calm thanks to a pleasant "tingling" starts in the crown and spreads throughout the body. The main objective of this work is to know the benefits that ASMR can contribute to people with psychological disorders. The studies consulted show that the display of videos with ASMR content produces a relaxing and calming effect. Furthermore, it was established that there is a physiological response that shows that ASMR is a complex emotional experience that

helps relaxation. Thus, ASMR could be effective in alleviating a variety of mental health problems. In conclusion, we can establish that the ASMR is effective in relaxation and tranquility and has a demonstrable physiological basis, which provides some credibility to this experience.

**Keywords:** ASMR, Autonomus Sensorial Meridiane Response, Therapy, Psychology.

## INTRODUCCIÓN

La sociedad actual puede llevar al límite la salud mental de la población, incluida la de las personas jóvenes. Debido a esto la depresión, la ansiedad, las fobias, el insomnio o el estrés, son problemas que pueden afectar a las personas a lo largo de su vida.

Gracias al impacto creciente en la vida cotidiana de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), y en especial de Internet, muchas personas (en su mayoría jóvenes) que sufren trastornos mencionados anteriormente o similares, recurren a esta herramienta para obtener un apoyo social que les proporcione un bienestar psicológico. Este es el caso de las comunidades virtuales en las cuales, sus integrantes se basan en el apoyo mutuo para resolver juntos problemas interpersonales. Estas comunidades fueron estudiadas en 2010 por Asur Fuente, Juan Herrero y Enrique García. En sus investigaciones, establecieron que la manera en la que los integrantes de estos grupos de apoyo se ayudaban y resolvían problemas en los momentos más difíciles, proporcionaba un modelo de cómo los cambios sociales que producían las comunidades virtuales pueden realizar verdaderos cambios positivos en la vida real.

Como se puede observar, el auge de la tecnología en nuestras vidas ha cambiado la forma en la que las personas con problemas psicológicos buscan aliviar sus síntomas. De esta forma, cualquier persona que tenga acceso para conectarse a la red puede encontrar diferentes estrategias que le ayuden en sus problemas psicológicos. Estas estrategias van desde concertar una terapia psicológica online con profesionales, hasta participar en las comentadas comunidades virtuales, pasando por estudiar y aprender otras terapias psicológicas como la relajación, la meditación o el mindfulness. Uno de los fenómenos surgidos en la red que en los últimos años se ha puesto de moda entre las personas que buscan una experiencia relajante y que les proporcione bienestar psicológico es el ASMR.

El ASMR (Respuesta Sensorial Meridiana Autónoma) apareció por primera vez en internet en el año 2007, popularizándose en plataformas de redes sociales como Youtube. Sin embargo, desde el 2012 se ha observado que el interés por el ASMR ha crecido exponencialmente. Su nombre hace referencia a una reacción sensorial fisiológica que habitualmente se describe como una sensación de “hormigueo” en

el cuero cabelludo, en la parte posterior del cuello o en otras áreas, en respuesta a estímulos visuales y auditivos (susurros, sonidos nítidos y movimientos lentos). En definitiva, el objetivo que persigue el ASMR es ofrecer grabaciones audiovisuales en las que se muestran una serie de sonidos y movimientos con el fin de provocar una sensación de relajación en la audiencia.

Esta nueva experiencia, se presenta con mayor frecuencia en forma de vídeo debido a su crecimiento explosivo en Youtube. A pesar de la gran popularidad alcanzada en esta plataforma a partir del año 2012, el primer vídeo subido a Youtube fue en el año 2009, el cual constituía un simple experimento que no duraba más de 3 minutos. Sin embargo, gracias a este experimento se fue formando una comunidad entorno a este fenómeno que aprovechó el poder de las redes sociales para aumentar rápidamente el número de seguidores. Este hecho hizo que entre sus miembros comenzaran a buscar un nombre que representara esta experiencia, ya que popularmente se conocía como “Sensación de hormigueo extraño”, AIHO (Orgasmo de la Cabeza Inducido por la Atención) o “Euforia del observador inducida por la atención”. No fue hasta 2010 cuando Jennifer Allen, fundadora del primer grupo de Facebook dedicado al ASMR, acuñó oficialmente este término. De esta manera el ASMR se popularizó en Reino Unido y Estados Unidos, aunque actualmente se está extendiendo al resto de países del mundo.

A pesar de este creciente interés, hasta ahora se ha dedicado muy poco a la investigación de esta práctica. En el año 2015, una búsqueda de términos como ASMR o AIHO en la base de datos científica EBSCO no obtuvo ningún artículo académico revisado por pares. Dos años más tarde, una nueva búsqueda en la misma base de datos y con los mismos términos consiguió algunos artículos centrados en la neurología y la psicología del ASMR. Es por todo esto que nos hemos propuesto realizar un estudio centrado en la búsqueda de la bibliografía publicada sobre el ASMR, con el objetivo de conocer los posibles beneficios que puede proporcionar este nuevo fenómeno en el campo de la salud mental.

## OBJETIVOS

Para la realización de nuestro trabajo nos hemos formulado los siguientes objetivos:

- Objetivo general: Establecer si el ASMR puede proporcionar beneficios a las personas con trastornos psicológicos.
- Objetivos específicos:
  - ~ Conocer los beneficios fisiológicos que el ASMR produce en el organismo.
  - ~ Constituir, a través de estudios llevados a cabo, si el ASMR podría ser útil para el tratamiento de enfermedades psicológicas.



## METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta revisión se usó la base de datos internacional PubMed y se consultó en la Biblioteca Cochrane. Además, se utilizó el buscador científico Google Scholar.

Para la búsqueda de documentos que dieran respuesta a los objetivos propuestos, se combinaron las palabras claves "ASMR", "therapy", "autonomous sensory meridian response", "psychology" con el operador booleano "AND".

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron los siguientes:

- Artículos de no más de 5 años
- Artículos en inglés y español
- Documentos de revisión y estudios de investigación que se centraran en el ASMR.

Los criterios de exclusión fueron aquellos que refutaran los criterios de inclusión.

## RESULTADOS

La siguiente tabla muestra el proceso de selección de los artículos en cada una de las búsquedas efectuadas atendiendo a los criterios de inclusión:

**Tabla 1**

*Proceso de selección de los artículos*

	Fuentes de búsqueda bibliográfica	Selección por año e idioma (Documentos superiores a 2015, en español e inglés)	Selección por título (que el título contenga las palabras: ASMR, terapia, beneficios, psicología)	Selección por resumen (Que respondiera a los objetivos propuestos en el trabajo)
Búsqueda 1	Base de datos PubMed	16	1	1
Búsqueda 2	Base de datos PubMed	22	7	4
Búsqueda 3	Base de datos PubMed	16	8	3
Búsqueda 4	Biblioteca Cochrane	2	2	1
Búsqueda 5	Google Scholar	69	7	1

En total se obtuvieron 10 documentos: 8 de ellos fueron estudios de investigación que exploraban diferentes aspectos del ASMR, y 2 documentos fueron revisiones bibliográficas.

## DISCUSIÓN

La literatura revisada intenta conocer si el ASMR es útil en el ámbito de la salud, motivado por del aumento constante en el número de seguidores. Muchas personas afirman que usan de forma habitual y consciente el ASMR para aliviar los síntomas de la depresión, por lo que los investigadores han estudiado este fenómeno con el objetivo de conocer el mecanismo por el cual se produce, así como los beneficios que puede aportar a las personas que lo practican.

## BENEFICIOS FISIOLÓGICOS DEL ASMR

Varios estudios se han llevado a cabo para saber los cambios fisiológicos que conlleva escuchar o ver contenido ASMR, llegándose a la conclusión que las personas que logran este fenómeno experimentan una bajada de la Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR) y Tensión Arterial (TA). La disminución de estos valores podemos apreciarla en el trabajo llevado a cabo por Philip, Carlaw y Tok Fu Ng (2019), que trataron de dar respuesta a si el ASMR podía reducir la ansiedad que algunos pacientes pueden experimentar durante la fase pre-operatoria de una intervención quirúrgica. En dicho estudio sometieron a 50 pacientes a una intervención en la que se les mostraba contenido ASMR. Después de analizar los datos se observó que se habían obtenido cambios significativos en la ansiedad, cuantificada por una disminución de la TA, FC y FR, en aquellas personas que habían logrado sentir los "hormigueos" característicos del ASMR.

Estos hechos también han sido estudiados por otros autores, como es el caso del trabajo realizado por Valtakari, Hooge, Benjamins y Keizer (2019). Según sus investigaciones el ASMR no solo sería capaz de reducir la FC, sino que también pudieron comprobar que provoca un sentimiento de relajación y tranquilidad. Además, se observó que los "hormigueos" que sienten las personas al escuchar ASMR parecen reflejarse en la pupila, produciéndose un aumento de diámetro de la misma.

En una línea similar, el estudio de Poerio, Blakey, Hostler y Veltri (2018) en el cual se intenta demostrar si el ASMR es una experiencia fisiológica, sugiere que su práctica regula la emoción y puede tener un efecto terapéutico, ya que promueve sentimientos de afecto positivo y conexión interpersonal y reduce la FC. Esta reducción es comparable a las que se producen en ensayos sobre la música y otras intervenciones dedicadas al control de la ansiedad. Lo que sugiere que los efectos cardíacos del ASMR pueden tener cierta importancia práctica. Los resultados de este estudio no solo de-

terminan que el ASMR es capaz de provocar relajación en aquellos que lo consumen, sino que, también averiguaron que es una experiencia activadora. Esto podría ser indicativo de que el ASMR es una emoción compleja, teoría con la que coinciden también Fredborg, Clark y Smith (2018). En su trabajo describen que el hecho de que las personas que pueden sentir ASMR reporten mayores niveles de curiosidad, sugiere que el ASMR puede ser un proceso cognitivamente activo en lugar de una respuesta automática a estímulos. Lo explican basándose en que escuchar sonidos repetitivos y observar cómo otras personas tocan y hacen sonar objetos, puede requerir que el observador cree una estructura mental de los estímulos percibidos. Así, las personas competentes para realizarlo, o que tiene la motivación y curiosidad para hacerlo, tendrán más probabilidades de experimentar ASMR.

### EL ASMR Y SUS BENEFICIOS EN LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Según Poerio et al. (2018), muchas personas informan que ver vídeos de contenido ASMR les ayuda a dormir, relajarse y combatir el estrés y la ansiedad. Además, el uso popular del ASMR se extiende a trastornos más graves como descubrieron Cash, Heisick y Papesch (2018) en un estudio que realizaron comparando el efecto del ASMR entre un grupo de usuarios habituales y otro neófito, al preguntar a los usuarios habituales las razones por las que consumían ASMR respondieron que lo usaban para aliviar el dolor crónico y la depresión, y esta práctica les ayudaba a conseguirlo.

Debido a esto, el interés de algunos investigadores se centra en saber si esta nueva experiencia podría ser beneficiosa para las personas que presentan algún trastorno psicológico. Para constatar este hecho, Barrat y Davis (2015) realizaron un estudio en el cual trataban de dar respuesta a cómo el ASMR podría encajar en el tratamiento de algunas enfermedades psicológicas. Motivados por la sugerencia acerca de que el ASMR podría ser útil para proporcionar alivio temporal a personas con depresión, estrés y dolor crónico, reunieron una muestra de 467 personas (245 hombre y 222 mujeres entre 18-54 años) que habitualmente consumían ASMR para someterles a un cuestionario online. En dicho cuestionario se pretendía recopilar información sobre cuándo y por qué las personas encuestadas hacen uso de esta práctica. Muchos participantes describieron que el efecto que les produce el ASMR no consiguen encontrarlo en otras intervenciones médicas. Además, el 80% respondió positivamente cuando se les preguntó si el ASMR tenía un efecto beneficioso en su estado de ánimo, y el 69% de los encuestados informaron haber usado ASMR para aliviar sus síntomas de depresión y lograr así un mejor estado anímico. Según estos resultados, el ASMR proporcionaría alivio temporal en el estado de ánimo de las personas que sufren depresión, y muchos de ellos lo usan conscientemente para este propósito.

Aunque el estudio anterior solo se centra en personas que habitualmente usan ASMR, sería interesante saber si personas ajenas a esta práctica pueden obtener beneficios de ella. Por ello, el citado estudio de Cash et al. (2018), demostró que, si se proporcionaban instrucciones a aquellas personas que nunca han experimentado ASMR, podían obtener sentimientos de relajación. De esta forma, las personas a las que se les informó que los vídeos que visualizaría producirían ASMR, comunicaron haber experimentado estos efectos, incluso con los vídeos que no tenían estas características. Esto demostraría que, a pesar de que los efectos del ASMR pueden presentar un efecto placebo derivado de las expectativas de las personas, sigue siendo útil para conseguir un efecto relajante. Este hecho coincide con el estudio expuesto por Ahuja y Alhujja (2019), en el cual afirman que una intervención placebo puede producir una mejoría sintomática medible.

Todos estos trabajos demuestran que el ASMR puede ser una herramienta útil en el tratamiento de aquellas enfermedades que provoquen alteraciones en el estado de tranquilidad de las personas. Incluso aquellas que nunca han experimentado ASMR podrían ser inducidas a ello con la ayuda de un instructor. Esto es lo que intentan averiguar Barrat, Spence y Davis (2017) al estudiar los estímulos que producen los "hormigueos" del ASMR. En su trabajo afirman que la atmósfera es vital para la inducción del ASMR, así como que los aspectos visuales tienen una capacidad de relajación menor que los sonoros. Los resultados de sus investigaciones proporcionan información relevante a cerca de qué estímulos son más óptimos a la hora de producir ASMR. Así, se determina que los sonidos deben ser lo más naturales posibles y de tono bajo; la música de fondo no debe usarse; los sonidos con la boca deben evitarse por la división de opiniones; y el enfoque en detalles finos es efectivo. Todos estos datos podrían servir de ayuda a la hora de planificar posibles intervenciones en las que se induzca a las personas el ASMR para intentar mejorar síntomas derivados de las enfermedades psicológicas que padezcan.

### ASMR Y OTRAS TERAPIAS

Otro de los aspectos a destacar es el uso del ASMR junto con otras terapias. Para dar respuesta a esta hipótesis, dos de los artículos encontrados para esta revisión bibliográfica ahondan sobre este tema.

En el trabajo realizado por Lee, Song, Shin y Lee (2019), se llevó a cabo una investigación en la que pretendían saber si el ASMR junto con un latido binario podría ser capaz de inducir el sueño, y por tanto ser de utilidad para las personas que padecen insomnio. Los resultados de este estudio fueron muy positivos y se concluyó que usar el ASMR junto con un latido binario proporciona una mejor calidad del sueño.

El otro artículo relacionado con este aspecto es el llevado a cabo por Fredborg et al. (2018). En este caso, los autores se propusieron investigar la relación que pudiera haber entre el Mindfulness y el ASMR. El trabajo apoya firmemente la idea de que ambas experiencias están relacionadas entre sí. Y es precisamente por esto que los autores afirman el entrenamiento en Mindfulness puede conducir a mejorar la experiencia ASMR.

Según estos estudios el ASMR sería de utilidad al combinarlo con otras terapias. Sin embargo, Cash et al. (2018) plantean que el uso ASMR presenta incluso más beneficios que otras terapias, ya que muestra una serie de características que la hacen más accesible para la población: facilidad de uso; los videos están disponibles gratuitamente en internet y se pueden ver en casa; existen muchos recursos en línea y comunidades para personas interesadas en el ASMR. Todo esto hace que sea de fácil acceso.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión, podemos establecer que los estudios realizados para demostrar la eficacia del ASMR en la relajación y la tranquilidad presentan una base fisiológica demostrable, lo cual facilita cierta credibilidad a dicha experiencia para proporcionar beneficios en el estado emocional de las personas. Esto podría ser de gran ayuda en diferentes trastornos de salud mental como la ansiedad, el estrés o el insomnio.

Así, el ASMR podría resultar efectivo para aliviar una variedad de problemas de salud mental y mejorar el funcionamiento psicológico. Las investigaciones llevadas a cabo han demostrado que muchas de las personas que se sometieron a una intervención con ASMR reportaron un mejor estado de ánimo y una disminución del estrés, lo cual resultaría interesante en el ámbito de la depresión y de los trastornos de ansiedad.

A pesar de todo esto, son necesarias más investigaciones en este ámbito, ya que el reciente nacimiento de esta experiencia unido al escaso interés que la comunidad científica ha presentado hasta la fecha, hacen que exista un número reducido de investigaciones que apoyen el uso del ASMR para ayudar a mejorar los problemas emocionales de la población.

## REFERENCIAS

- Philips, S., Carlaw, K., Tok Fu Ng, D., y Kim D. (2019). Does triggering an Autonomic Sensory Meridian Response reduce pre-operative anxiety? *Anaesthesia and Intensive Care*, 47(1S), 1-29
- Del Campo, M.A., y Kehle T.J. (2016). Autonomous sensory meridian response (ASMR) and frisson: Mindfully induced sensory phenomena that promote happiness. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(2), 99-105

- Fuente, A., Herrero, J., y García, H. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicosocial en la sociedad de la información. *Acción Psicológica*, 7(1), 9-15
- Klaussen, H.B. (2019). Safe and sound. What technologically-mediated ASMR is capable of through sound. *Sound Effects*, 8(1), 87-103
- Ahuja, A., y Ahuja, N.K. (2019). Clinical Role-Play in Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR) Videos. Performance and Placebo in the Digital Era. *JAMMA*, 321(14), 1336-1337
- Lee, M., Song, C., Shin, G. y Lee, S. Possible Effect of Binaural Beat Combined With Autonomous Sensory Meridian Response for Inducing Sleep. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(425)
- Cash, D.K., Heisick, L.L. y Papesh, M.H. (2017). Expectancy Effects in the Autonomous Sensory Meridian Response. *PeerJ*,
- Poerio, L.G., Blakey, E., Hostler, T.J. y Veltri, T. (2018). More than a feeling: Autonomous sensory meridian response (ASMR) is characterized by reliable changes in affect and psychology. *Plos One*, 13(6),
- Valtakari, N.V., Hooge, I.T.C., Benjamins, J.S. y Keizer, A. (2019). An eye-tracking approach to Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR): The physiology and nature of tingle in relation to the pupil. *Plos One*, 14(12),
- Barrat, E.L. y Davis, N.J. (2015). Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR): a flow-like mental state. *PeerJ*,
- Barrat, E.L., Spence, C., y Davis, N.J. (2017). Sensory determinants of the autonomous sensory meridian response (ASMR): understanding the triggers. *PeerJ*,
- Fredborg, B.K., Clark, J.M., y Smith, S.D. (2018). Mindfulness and autonomous sensory meridian response (ASMR). *PeerJ*,

### 03 Perceções sobre Saúde e Qualidade de Vida em Idosos Algarvios Perceptions of Health and Quality of Life in Algarvian Elderly People

Cláudia Cristina Luisa

[cluisea@ualg.pt](mailto:cluisea@ualg.pt)

Universidade do Algarve. Faro, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8390-857X>

Fecha de Recepción: 01/05/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 03/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.03>

#### RESUMO

O envelhecimento da população portuguesa surge como um desafio demográfico e social, sendo uma realidade em crescente. Em Portugal, o índice de envelhecimento é cada vez maior, sendo em 2018 de 157,4% quando em 2000 era de 98,8% (Pordata, 2018). Relacionados ao envelhecimento, que se pretende que veja vivido com qualidade de vida e de forma ativa, encontram-se associados diversos determinantes. As condições de saúde, os fatores ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo, entre outros (World Health Organization, 2002). Nesse sentido, e de forma a compreender como os idosos percecionavam os seus estados de saúde e de qualidade de vida, realizou-se um estudo de carácter qualitativo a 30 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, no Algarve. Aplicou-se um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada, seguindo-se uma análise de conteúdo.

Os resultados revelam que as categorias que melhor descrevem a saúde são a categoria psicológica e a ausência e para a qualidade de vida a categoria saúde, ausência e a comportamental. Conclui-se que ambos os constructos se encontram interligados e que são vários os fatores que contribuem para a sua manutenção.

**Palavras-chave:** Conceções, Saúde, Qualidade de vida, Idosos.

#### ABSTRACT

The ageing of the Portuguese population appears as a demographic and social challenge and it is a growing reality. In Portugal, the rate of aging has been increasing, being in 2018 157.4% when in 2000 it was 98.8% (Pordata, 2018). Related to aging, which is intended to be lived with quality of life and in an active way, several determinants are associated. Health conditions, environmental and personal factors, economic, social and cultural determinants, physical environment, health system, gender, among others (World Health Organization, 2002). In this sense, and in order to understand how the elderly perceived their states of health and quality of life, a qualitative study was carried out on 30 people, aged 60 or over, in the Algarve. A demographic data questionnaire and a semi-structured interview were applied, followed by a con-

tent analysis. The results reveal that the categories that best describe health are the psychological category and absence, and for quality of life the health category, absence and behavioural category. It is concluded that both constructs are interconnected and that there are several factors that contribute to their maintenance.

**Keywords:** Conceptions, Health, Quality of life, Elderly.

## INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento demográfico já é há muito conhecido, desenvolve-se à escala global e a diferentes ritmos (United Nations, 2013). Depende de fatores individuais e contextuais, que variam no espaço e no tempo, bem como da cultura e do género. Destacam-se fatores biológicos, comportamentais, institucionais, sociais, económicos e ambientais (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento em Portugal caracteriza-se por um aumento dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso da população jovem, o que cumulativamente com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, se traduz numa alteração do perfil da população, primando por um progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa, sem precedentes na história do País. Diversos fatores têm contribuído para que esta situação ocorra, desde os avanços tecnológicos e científicos e diversas melhorias na área da saúde.

Segundo dados recentes (Pordata, 2018), o índice de envelhecimento em Portugal era de 157,4%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2002).

Em relação às médias nacionais do continente, o Algarve apresentava uma esperança de vida à nascença mais reduzida e uma esperança de vida aos 65 anos mais elevada. Com efeito, a esperança de vida à nascença nesta região é de 80,34 anos, inferior à média nacional no continente (80,84 anos), ao passo que a esperança de vida aos 65 anos é de 19,66 anos, acima da média nacional no continente (19,48 anos) (INE, 2017, p. 48). O Algarve, região onde se realizou o estudo caracteriza-se por fortes disparidades. Do ponto de vista demográfico, apresenta um elevado contraste entre a população do interior serrano e a concentração da população adulta no litoral. (Anica, 2018)

Segundo previsões do INE (2017), o cenário entre 2015 e 2080 será caracterizado por uma perda de população dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031. (p.1)

O aumento exponencial do número de idosos lança diversos desafios à sociedade, pois não basta envelhecer, mas sim envelhecer de forma positiva e como tal é de extrema importância estudar os vários fatores que podem influenciar um envelhecimento bem-sucedido.

## QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS

A questão da saúde e da qualidade de vida em pessoas idosas tem recebido um crescente interesse em diferentes áreas do conhecimento. A expressão, qualidade de vida foi empregue a primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964. Na década de 90, a Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo para estudar a qualidade de vida, a qual definiu como a percepção individual, que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO-QOL Group, 1994 citado em Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005). A qualidade de vida abrange a dimensão física, psicológica, social e ambiental do indivíduo e envolve ainda, segundo este grupo de estudo três aspetos essenciais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

Ao caminharmos a passos largos para uma sociedade cada vez mais envelhecida, a qualidade de vida terá que assentar numa conjugação entre todas as camadas populacionais, e especialmente a dos idosos, no sentido de se manter um certo grau de integração social, na medida em que a satisfação de vida se encontra relacionada com a manutenção da vida social e com a existência de um projeto de vida. O conceito de qualidade de vida aplicado aos idosos poderá passar pela sua satisfação em realizar as suas necessidades básicas, por se sentirem realizados e integrados nesta nova etapa da sua vida. O conceito de qualidade de vida pressupõe, à partida, uma análise dos sujeitos e das suas múltiplas dimensões, dos seus valores e ideias, da sua responsabilidade mediante a sua pessoa e o mundo que o rodeia. Neste sentido, como refere Fernandes (1997), o conceito de qualidade de vida prende-se com valores como a autonomia e dignidade, que acompanham a evolução dos indivíduos, principalmente na sua forma de estar perante o mundo. Assim, poder-se-á perceber que o facto de qualquer ser humano procurar qualidade de vida mediante a sua capacidade de autonomia, implica que este seja capaz de efetuar as suas escolhas, exercendo a sua vontade.

Mas, não nos podemos esquecer que a qualidade de vida não será mais do que o resultado da dinâmica da realidade social em que os sujeitos em geral, e os idosos em particular, se integram.

Para Paúl e Fonseca (2001) “avaliar a qualidade de vida de populações idosas implica ter em consideração medidas materiais, emocionais, sociais e da saúde, sendo que

frequentemente se estabelece uma confusão entre o estado de saúde física e a qualidade de vida, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência direta do próprio estado de saúde". (p127)

Para Leal, (2008) a qualidade de vida deve ser vista numa perspetiva multidimensional, ou seja, como o resultado da soma do meio físico, social, cultural, espiritual e económico, onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si e sobre os outros e sobre o meio que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Segundo a OMS, a qualidade de vida pode ser avaliada tendo em conta 4 dimensões: física - percepção física que o indivíduo tem sobre a sua condição física; psicológica, percepção que o indivíduo tem sobre a sua condição afetiva e cognitiva; relacionamento social - percepção que o indivíduo tem sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados por si na vida; ambiente - percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

Por outro lado, uma boa saúde é fundamental para que as pessoas idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e para que possam continuar a dar o seu contributo à sociedade. Isto porque, embora sejam pessoas idosas, quando activas e saudáveis, podem constituir um importante recurso para as suas famílias, e também para a comunidade onde se encontram inseridos.

Na realidade os conceitos de qualidade de vida e de saúde são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento, que é influenciado por fatores nocivos, como os estilos de vida desadequados ou estados de doença. São exemplos a depressão, bem como fenómenos de solidão e de isolamento de muitas das pessoas idosas. A saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive, e dos cuidados de saúde que se recebe, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, influenciada pela sua capacidade em manterem-se autónomas e independentes.

A saúde é um conceito que tem sido debatido e definido de muitas maneiras (Secdhouse, 1986). A mais conhecida é a da OMS, que refere que "a saúde é um estar de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Squire, 2004, p.8). Esta definição reflete um conceito global, holístico, abrangendo todos os domínios do ser humano.

Ewles e Simnett (1999) desenvolveram um conceito mais lato de saúde e descreveram dimensões mais aprofundadas da mesma, onde incluíram a dimensão física (a

eficácia do físico), social (relações com os outros), mental (capacidade de se expressar com clareza), emocional (capacidade de se expressar e de lidar com as emoções), espiritual (ter paz de espírito) e sexual (ter uma visão positiva das necessidades da saúde sexual).

Culyer (1981) descreve também três grandes abordagens da saúde, a saúde como ausência da doença (modelo biomédico), saúde como ausência de mal-estar (perspetiva sociológica) e saúde como entidade definida pragmaticamente.

A importância da díade saúde/doença no envelhecimento está na origem da distinção clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença), e o envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença) (Lachaman & Baltes, 1994).

Esta distinção leva a que se encare o envelhecimento de diferentes formas, atendendo ao fator saúde. Temos por um lado, uma visão mais otimista e por outro uma visão mais pessimista.

No sentido mais otimista, com a evolução na medicina no decorrer do século XX, que permitiu desencadear e prevenir a incidência de doenças crónicas, típicas do processo de envelhecimento patológico, fazendo com a maioria das pessoas viva até cerca dos 75 anos com relativa saúde (Lachaman & Baltes, 1994).

Numa perspetiva mais pessimista constatou-se que continua a aparecer uma grande probabilidade de pessoas idosas contraírem doenças crónicas graves, como por exemplo Parkinson, Alzheimer, entre outras. Estas doenças, segundo Baltes e Smith, (2003) têm uma maior incidência com o avançar da idade e surgem sobretudo na 4ª idade, influenciando a qualidade de vida das pessoas idosas. A prevenção aumenta a longevidade e melhora a saúde e a qualidade de vida, sendo para isso necessário ter alguns cuidados, como por exemplo ter uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool e tabaco, praticar regularmente atividade física e reduzir os fatores que proporcionem stress. É urgente a adoção de estilos de vida saudáveis e de uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado, fundamentais para viver com mais saúde e qualidade de vida. A prevenção primária, secundária e terciária do envelhecimento são prioridades no sector da saúde, embora por vezes, os serviços não estejam adaptados às atuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades sociodemográficas, o que por sua vez constitui uma barreira à promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos e das suas famílias.

Os idosos deverão ser educados para o envelhecimento, para que desenvolvam, atempadamente, certas capacidades e potencialidades, que os tornem aptos a viver

esta etapa das suas vidas com maior qualidade. O ambiente em que os idosos estão inseridos também desempenha um papel importante na promoção da sua saúde, pois embora não seja possível modificar alguns factores ambientais, o idoso, caso esteja atento, pode escolher a sua rede de amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização e a tomada de decisão quanto aos défices sensoriais.

Segundo Baltes e Baltes (1990) citado em Oliveira (2005, p.89), a velhice bem-sucedida busca dois objetivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e o evitamento de comportamentos de risco (perdas). Também Fontaine (2000) realça três fatores para uma velhice bem-sucedida: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma. Ou seja, para haver bem-estar deverão ser abrangidas todas as dimensões do idoso: física, psíquica e social, pois só assim poderá haver harmonia nesta fase da vida.

Várias são as investigações que revelam dados sobre a qualidade de vida e saúde, bem como a relação existente entre ambas, em pessoas idosas.

Num estudo realizado por Castellón e Romero (2004) sobre a auto percepção da qualidade de vida em pessoas idosas, quando analisadas as diferenças entre homens e mulheres verifica-se que a percepção da qualidade de vida em mulheres é mais negativa do que nos homens. Entre os parâmetros que compõe a qualidade de vida, verificou-se que a saúde é mais importante na escala de valorização dos idosos de ambos os sexos. Concluiu também que para as mulheres, a família, a saúde e o contexto onde viviam tinham maior importância na qualidade de vida que para os homens, apesar de para eles o mais importante ter sido o trabalho que realizaram. Ferraz e Peixoto (1997) ao estudarem a qualidade de vida na velhice verificaram também que são vários os factores que a influenciam, onde se destaca a religiosidade, a saúde e o convívio social e familiar, entre outros. No que diz respeito às suas condições de saúde os inquiridos referiram que era excelente, apesar de 77,8% referirem ter alterações no seu estado de saúde, como diabetes, hipertensão, alergias, entre outros. Najman e Levive (1981) afirmam que as condições de saúde não se encontram relacionadas ao sentimento de felicidade ou satisfação com a vida. Quanto ao apoio social e familiar foi verificado que 77,8% dos inquiridos podiam contar com o apoio de familiares, especialmente de irmãos e filhos e 7% informaram contar com o apoio de amigos, sendo importante conviver com pessoas da mesma faixa etária, tal como corroboram os estudos de Queiroz e Trinca, (1983).

Para Abellán (2003) ao investigar sobre a percepção do estado de saúde de maiores de 16 anos verificou que os idosos, indivíduos com mais de 65 anos, 42,2% avaliaram o seu estado de saúde como regular e 35,8% como boa. Em contrapartida os indivíduos entre os 16 e os 64 anos referem, 59,7% ter uma boa saúde, o que se pode considerar que a idade esta relacionada com a percepção que os indivíduos têm da sua saúde.

Quanto mais jovens, melhor valorização do seu estado de saúde. No que diz respeito a relação entre o género e a valorização do estado de saúde, as mulheres apresentam pior estado de saúde em todas as idades, especialmente quando superam os 50 anos. Depois dos 65 anos, as percepções positivas diminuem e as negativas aumentam, fruto de estados de viuvez e de solidão. Quanto ao nível de instrução concluiu-se, que os idosos que tem estudos superiores apresentam valores mais positivos, pois dizem que a sua saúde é boa ou muito boa. O contrário sucede com as pessoas analfabetas, que referem que o seu estado de saúde é regular ou mau. A falta de recursos culturais aumenta a incerteza e a insegurança perante qualquer circunstância da vida, e em particular perante os problemas de saúde. O mesmo autor refere também que os níveis de instrução se encontram associados a estilos de vida saudáveis.

Ao analisarmos a qualidade de vida ficou evidente que os idosos associam a mesma a uma boa convivência social, ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, intelectuais e de lazer. Quanto à relação entre o estado de saúde e o estado civil, os idosos casados, 37,9% apresentam uma saúde boa e 41,5% uma saúde regular. Os viúvos, 30,9% apresentam uma saúde boa e 44,5% uma saúde regular. O estado de saúde muito mau é superior nos viúvos, 4,9% contra 2,6% nos casados, o que demonstra a importância da convivência conjugal para um melhor estado de saúde.

Rubio, Aleixandre e Cabezas (2001) num estudo sobre qualidade de vida e diferenças em função do sexo, a uma amostra de 450 sujeito com idades superiores a 65 anos, voltaram a verificar que os homens apresentam pontuações mais elevadas que as mulheres, no que diz respeito à qualidade de vida. Para o homem o factor mais importante para a sua qualidade de vida foi o trabalho que realizou e para a mulher foi a família, a saúde e o contexto. Também neste estudo foi questionado aos idosos se tinham filhos e qual a sua importância para a sua qualidade de vida. Os sujeitos que não tinham filhos apresentaram pontuações médias mais baixas do que os sujeitos com filhos.

Castellón, Pinto e Aleixandre (2001) verificaram ainda que não há relação entre o padecimento de uma doença crónica e a qualidade de vida auto percebida. A qualidade de vida percebida em homens é maior que em mulheres, talvez por o envelhecimento ser percebido pela mulher como mais negativo. A qualidade de vida subjetiva é vista mais positivamente pelos homens do que pelas mulheres. Os idosos associam um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida. Existem fatores que influenciam a percepção do estado de saúde, como os amigos, o nível económico e elevado nível académico. Os fatores sociais são de especial importância para a saúde auto percebida, na medida em que se relacionam com a qualidade de vida. As patologias crónicas não influenciam a auto percepção da qualidade de vida, uma vez que se encontram controladas terapêuticamente.

Castellón e Pino (2003) voltam a afirmar, ao estudarem a relação entre a qualidade de vida e a saúde em idosos institucionalizados e em contexto familiar, que existe uma correlação importante entre estes dois constructos. A qualidade de vida subjetiva é maior em homens do que em mulheres, talvez pelo facto das mulheres terem uma visão mais negativa do envelhecimento, como já foi referido. Também neste caso os idosos relacionaram o estado de saúde com uma boa qualidade de vida, havendo fatores, como os amigos, a escolaridade elevada e o nível socioeconómico que influenciam a saúde autopercebida.

Fernández, Peréz, Garcia e Rodríguez (2003) referem que a saúde é um domínio importante da qualidade de vida global, apesar de existirem outras variáveis pessoais e socioambientais importantes, como a habitação, as redes sociais e familiares, aspetos culturais e económicos.

Inouye e Pedrazzani (2007) também destacam que o estatuto socioeconómico interfere com a perceção que os idosos têm da sua qualidade de vida, bem como um elevado nível de instrução e participação em atividades sociais, resultam numa maior satisfação. Um outro dado importante e comum a vários outros estudos na área do envelhecimento é o predomínio do sexo feminino na população idosa.

Num estudo de Bowling e Gabriel (2007) sobre teorias leigas de qualidade de vida na terceira idade, cujo objetivo principal foi examinar as perceções de qualidade de vida, dadas por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na Grã-Bretanha, sendo os dados agrupados por ordem de importância os seguintes: relações sociais (81%); os papéis sociais e atividades (60%); outras atividades e gostar de estar sozinho (48%); ter saúde (44%); perspectiva psicológica/recursos (38%); casa e vizinhança (37%); finanças (33%) e independência (27%).

Também Castellón e Romero (2004); Ferraz e Peixoto (1997); Ribeiro e Paúl, (2011); Rubio, Alexandre e Cabezas (2001); Mesquita (2013); Inouye e Pedrazzani (2007) investigaram a temática da qualidade de vida em idosos e são unânimes em concluir que existem diversas aspirações individuais e coletivas, nomeadamente viver bem, ter saúde, ter um bom nível de vida, ser feliz, estar satisfeito com a vida, como indicadores prioritários.

Os estudos empíricos sobre perceções do envelhecimento no Algarve são escassos, emergindo neste âmbito os trabalhos realizados por Luísa (2017) que recorreu a uma metodologia mista para estudar as teorias leigas sobre saúde, doença, qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve. Os resultados indicam que a saúde e a qualidade de vida se encontram relacionados. A perceção de melhor da qualidade de vida depende de vários fatores: coabitação de cônjuge e filhos,

maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Os casados ou em união de facto consideram a sua qualidade de vida melhor do que os viúvos, os solteiros ou os divorciados. Os que vivem acompanhados de cônjuge ou cônjuge e filhos percebem a sua qualidade de vida como melhor relativamente aos restantes. Os que têm um grau de escolaridade mais elevado ou frequentam a academia sénior, bem como os pensionistas consideram a sua qualidade de vida melhor do que os restantes (Luísa, 2017, pp. 124-125).

Estes resultados levam-nos a concluir que existe uma estreita relação entre o estado de saúde e a qualidade de vida percebida pelos idosos, e que existem várias variáveis que influenciam os resultados, dando relevância à saúde, à vida familiar, à segurança e à participação social. A qualidade de vida percebida pelas pessoas mais idosas está relacionada também com o género, a idade, a escolaridade e as condições socioeconómicas.

As variáveis associadas à qualidade de vida são muitas no processo de envelhecimento, pois existem diversas maneiras de vivenciar e perceber este processo, como realçaram Paúl e Fonseca (2005). Uns vivenciam-no de forma mais positiva e satisfatória, outros de forma menos positiva e menos satisfatória, configurando perfis distintos de envelhecimento.

A avaliação da qualidade de vida torna-se, portanto, indispensável à avaliação do envelhecimento ativo, permitindo a avaliação da posição relativa do indivíduo no grupo em dado momento e a avaliação do êxito da aplicação de estratégias promotoras do envelhecimento ativo. (Vilar, 2015).

## METODOLOGIA

Para o estudo optou-se por uma metodologia qualitativa (Bryman, 2007; Quivy & Champenhout, 1998). Aplicou-se uma entrevista semiestruturada, cujos resultados, após a devida análise e categorização foram importantes para compreender os objetivos do estudo.

## OBJETIVOS

O objetivo central do estudo foi a compreender as perceções dos conceitos de saúde e qualidade de vida, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Algarve. Como objetivos específicos foi pretensão: elaborar uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas do público-alvo e conhecer as categorias mais representativas e que explicavam os conceitos de saúde e qualidade de vida.



## AMOSTRA

A amostra era composta por 30 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (20 inquiridos). As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos. A maioria dos inquiridos encontra-se reformada (28 indivíduos), sendo que 2 indivíduos são pensionistas. Também se verificou que a maioria dos indivíduos se encontrava casado (26 indivíduos), existindo ainda 3 indivíduos que já enviuvaram.

Quando a atenção recai sobre o grau de escolaridade dos inquiridos verifica-se que o grupo mais representado é o que corresponde ao 1º Ciclo (20 indivíduos), sendo seguido pelos detentores de formação superior (10 indivíduos).

Relativamente as questões de habitabilidade, 22 indivíduos vivem com o cônjuge, 5 indivíduos mencionaram viverem sozinhos e 3 indivíduos vivem com o cônjuge e com os filhos.

Quanto ao local de residência dos inquiridos divide-se por várias cidades algarvias, Faro, São Brás de Alportel, Loulé e Albufeira. A maioria dos inquiridos encontrava-se na Universidade da Terceira Idade.

## INSTRUMENTOS

A todos os sujeitos foi administrado um protocolo que continha um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada.

O questionário de dados demográficos era composto por várias questões de caracterização pessoal, (como sexo, idade, escolaridade, estado civil, reformado, pensionista, com quem vive e onde vive), e ainda por uma questão sobre o contexto a que pertenciam.

A entrevista continha três questões sobre a temática da saúde e da qualidade de vida, a designar: “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”; “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?” e “O que faz para se manter saudável?”. Para a qualidade de vida as questões foram: “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”; “Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?” e “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”.

## RESULTADOS

Os dados surgem organizados permitindo destacar a informação proveniente das várias categorias por tema. De referir, pelo facto de as respostas serem bastantes, optá-

mos por selecionar 4 respostas exemplificativas dadas pelos idosos, das categorias predominantes.

Para o grupo da “saúde”, para a questão “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”, temos 11 indivíduos que refere que ter saúde é ter bem-estar, apelando a dimensão psicológica: “Ter saúde é uma coisa boa” (E6) “Ser saudável é sentirmo-nos bem, com equilíbrio mental, saudáveis e felizes” (E19); “Bem-estar”. (E18); “Sentir-se bem física e moralmente” (E24). 11 indivíduos referem que ter saúde é não ter problemas de saúde, dores e não precisar de ir ao médico, ou seja, será ausência de sintomatologia: “Ser saudável é não ter doenças graves” (E9); “Ser saudável é não ter problemas de saúde; (E10); “Ser saudável é não ter doenças” (E11); Pessoa que não tem problemas com doenças. (E16). Os restantes 6 indivíduos deram respostas residuais.

Para a segunda questão do grupo da saúde, “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”, os 30 indivíduos referiram que o importante era ter uma alimentação saudável, realizar exercício físico, dormir bem, ter atividades de lazer, movimentar-se, conviver com os amigos e familiares, ou seja a categoria comportamental é preponderante: “Ter cuidado com a alimentação, não tomar medicamentos, passear, andar, fazer movimento” (E4); “Praticar desporto, alimentação saudável, tentar dormir bem, etc...” (E19); “Dormir bem, comer comida saudável, distrair-se, falar com os amigos, dar-se bem com os amigos e familiares” (E13); “Fazer exercícios físicos próprios para a idade, leitura, passeios, música, hobbies, feiras, internet, boa alimentação. Não fumar e não beber álcool em demasia” (E24).

Quando questionados para “O que faz para se manter saudável?”, tal como na questão anterior, os 30 indivíduos referem questões de carácter comportamental, como ter uma alimentação equilibrada, fazer exercício físico, ter uma boa rede de contactos sociais, dormir bem, não conseguir álcool e tabaco, ser responsável pelos comportamentos diários: “Não fumar, comer dentro das horas certas, não beber álcool em exagero, nada de exageros” (E8); “Dormir bem, comer bem, comida saudável, distrair-se, falar com amigos, dar-se com os amigos e familiares” (E13); “Caminhadas, alimento-me bem dentro do possível e tento dormir 8 horas” (E19); “Tenho cuidado com a alimentação, pratico algum desporto como ginástica, natação e caminhadas” (E28).

No grupo referente ao tema da qualidade de vida, verificou-se que, para a questão “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”, 10 indivíduos entendem a mesma como tendo saúde: “Ter saúde, não abusar nas bebidas e outras drogas e saber administrar o que tiver” (E21); “Não fazer excessos seja do que for, é ter saúde” (E26); “Viver melhor, com saúde” (E29); “Viver com saúde em sossego e não haver confusões” (E30). 10 indivíduos referem que a qualidade de vida é uma questão comportamental, como ter uma alimentação cuidada, boas relações sociais, participar em atividades

de lazer, ter uma situação económica confortável: *“Ter dinheiro para viver e ter alguma ajuda para fazer as coisas”* (E7). *“Ter qualidade de vida é não abusar da comida, da bebida e de outros excessos”* (E14); *“Fundamentalmente é a pessoa sentir-se bem consigo mesma: habitação confortável, boas relações com a família e outros, rendimentos suficientes, distrações e férias.”* (E23) *“Alimentar-me bem, fazer ginástica, participar em hobbies que me deixam gosto e prazer, como passear e conviver com os amigos e descansar sempre que necessário”* (E25). 5 indivíduos referiram não saber definir o que entendiam por qualidade de vida e os outros 5 deram respostas residuais.

Para a questão *“Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?”*, 15 indivíduos referiram que o mais importante é ter saúde: *“Saúde, a mente são”* (E1); *“Saúde”* (E10); *“É ter saúde”* (E17); *“Ter saúde e lidar bem com a família, com o próximo e ser estimado”* (E27). 10 indivíduos referem que para ter qualidade de vida é necessário ter uma boa rede de relação com os amigos e a família, uma alimentação saudável, caminhar e fazer exercício físico e descansar: *“Ter cuidado com a alimentação, não beber nem fumar, caminhar, fazer exercício físico, ginástica, natação”* (E4); *“Conviver com as pessoas”* (E7); *“Comer bem, não fumar e andar muito”* (E13); *“Cuidado com a alimentação, exercícios, conviver para distrair”* (E26). 5 idosos responderam que não sabiam, tal como na pergunta anterior.

Para a questão *“Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”*, 25 indivíduos referem diversos aspetos comportamentais, como nas respostas anteriores. Alimentar-se cuidadosamente, manter o convívio social com família e amigos, estar ativo, fazer exercício físico, passear, ter atividades de lazer diversas, e não fazer consumos excessivos de álcool, tabaco: *“Vou ao café conviver, vou ao baile e a ginástica”* (E7); *“Fazer desporto, caminhadas e encarar as coisas com naturalidade”* (E15); *“Alimentação adequada, boas leituras, frequentar teatros e revistas e ir ao cinema”* (E20); *“Fundamentalmente é a pessoa sentir-se bem consigo mesma: habitação confortável, boas relações com a família e outros, rendimentos suficientes, distrações e férias”* (E23); *“Ser alegre, conviver com os outros, não ser sedentário, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, nem ter pensamentos negativos”* (E28). Tal como nas duas questões anteriores, 5 indivíduos referiram não saber responder.

## DISCUSSÃO

A saúde e a qualidade de vida encontram-se relacionados, dado que a saúde é uma componente da qualidade de vida. Assim, ao se analisar os dados recolhidos pela investigação, para o tema da Saúde, verifica-se que para a questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”*, a maioria dos inquiridos, considera que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria psicológica, seguida da categoria ausência. Dados que estão em conformidade com

os do estudo de Teixeira, Schulze e Camargo (2002), realizado a uma amostra de 80 idosos, onde estes concluíram que os idosos entendiam a saúde em função dos fatores psicológicos, ter estabilidade psíquica e ter bem-estar emocional, tal como referido pelos nossos inquiridos. Para os idosos, é extremamente importante sentirem-se bem psicologicamente, com uma autoimagem positiva, felizes, com uma vida tranquila e com energia para viver. Há uma aceitação das perdas físicas, que segundo Fonseca (2004), com o avançar da idade são normais, pois ocorre um agravamento progressivo das queixas em saúde, sendo um processo gradual e aceite. A segunda categoria mais expressiva foi a categoria ausência, uma vez que os idosos consideram que ter saúde é não ter doenças ou sintomas dolorosos, não ter problemas de variada ordem, ser independentes e não ter restrições, sentimentos estes corroborados com a classe 2 do estudo de Teixeira et al. (2002), uma vez que o idoso saudável é aquele que é autónomo, que tem ação, caminha, diverte-se e pode fazer diversas coisas, etc. Estes dados são corroborados também por Fontes (1997), por Vaz (2008) e por Reis e Fradique (2004) uma vez que ambos referem que o conceito de saúde não está centrado na doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual.

Num outro estudo de carácter exploratório, realizado por Andrade (2003), no Brasil, a uma amostra de 11 pessoas com idade igual ao superior a 60 anos, recorrendo à técnica da entrevista estruturada, verificou-se que a saúde esta correlacionada com os estados afetivos, nomeadamente com a felicidade *“Se a pessoa idosa tem saúde, essa pessoa é feliz...”* (p.210), pelo contrário se a pessoa se encontra em situação de doença não é feliz, o que exalta a dimensão psicológica. Normalmente o indivíduo sente a sua saúde como um estado de *“alegria de viver”* ou como a harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social.

Para o tema da qualidade de vida, verificou-se que os idosos inquiridos entendem a qualidade de vida como uma questão de saúde, estar saudável, dado corroborado por Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) que concluíram que o fator mais importante para a qualidade de vida é a saúde. No entanto, a categoria psicológica e as categorias comportamental e social também são significativos. Os idosos consideram que para terem qualidade de vida precisam de estar bem psicologicamente, sentir-se felizes, bem consigo próprios e com os demais, dormir bem, fazer atividades diárias que lhes sejam prazerosas, ter uma alimentação correta, conviver com amigos e familiares, passear, etc. Relativamente às coisas mais importantes para termos qualidade de vida, os inquiridos destacam a categoria saúde, ou seja, ser saudável é o fator mais importante para terem qualidade de vida. Menos representativa temos a categoria ausência, pois para os idosos é importante não terem problemas, preocupações, não estarem doentes, não terem falta de dinheiro, etc. A categoria comportamental e a social também são importantes para haver qualidade de vida.

Quando questionados sobre “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”, a categoria mais expressiva é a comportamental, seguida da social. Os idosos concordam que para terem uma boa qualidade de vida terão de ter comportamentos adequados, tais como fazer exercício físico regularmente, ser ativo, ter hábitos de vida saudáveis (comer e dormir bem) e quando necessário consultar o médico. Por outro lado, a parte social também é de extrema importância, pois conviver com os amigos e os familiares, sair, distrair-se é fator importante para ter e manter a qualidade de vida e combater o isolamento e a solidão, dados corroborados nos estudos de Ferraz e Peixoto (1997) e de Queiroz e Trinca (1983).

A qualidade de vida em pessoas idosas, também é apresentada nos estudos de Brown et al. (2004) e de Bowling e Gabriel (2007). Os autores identificaram os seguintes fatores como principais aspetos da qualidade de vida em pessoas idosas: ter uma boa saúde, ser independente, ter boas relações sociais e familiares, ser ativo, ter felicidade, ter boas condições de vida e de habitação, ter oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento e ter uma crença religiosa. Segundo este estudo, concluiu-se que a qualidade de vida é coerente com o conceito multidimensional de qualidade de vida.

Conclui-se que para os participantes, ter qualidade de vida é ter saúde, ser independente, ter um bom suporte social e familiar, não ter restrições ou doenças, ser ativo e poder viver de forma digna. A saúde é a primeira condição para estar bem, pois com o avançar da idade, outros fatores, pensa-se serem menos importantes e caso não haja saúde todas as outras dimensões ficarão fragilizadas, como a vida social e a manutenção de atividades diárias.

## CONCLUSÃO

As temáticas da saúde e da qualidade de vida, ambas interligadas foram os constructos investigados em idosos algarvios, e foi possível, utilizando uma metodologia participativa, perceber o que entendem pelos mesmos e como podem ser preservados.

Ao abordarmos o constructo da saúde e após analisadas as categorias que mais se destacaram, temos a psicológica, onde se incluem premissas como: (sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente; autoimagem positiva; vida tranquila; felicidade; ter paz, etc.) e a categoria ausência (não ter doenças ou sintomas (incluindo dor; não ter restrições; não se cansar; não preocupar-se com a saúde; etc).

Quando questionados sobre o que entendem por qualidade de vida a maioria dos inquiridos destaca a categoria saúde (ter saúde, estar saudável) seguida da psicológica bem como da comportamental (dormir bem/descanso; realizar atividades diá-

rias (jardinagem, limpar a casa; exercício físico; alimentação saudável/comer bem; sentir ativo e útil) e social (conviver com os amigos; boas relações com a família).

Estes resultados encontram-se em conformidade com os estudos apresentados por Bowling e Gabriel (2007); Teixeira, Schulze e Camargo (2002); Reis & Fradique, (2004); Mesquita (2013), como já referimos.

Conclui-se que, o facto de os idosos terem saúde permite-lhes ter também qualidade de vida, pois podem fazer a sua vida diária sem restrições. São dois temas de extrema importância quando se abordam as questões ligadas ao envelhecimento e a velhice, sendo por isso necessário continuar a investigar e a adequar as estratégias que permitirão aos idosos viver uma velhice bem-sucedida.

Os estudos sobre envelhecimento na atualidade apontam desafios voltados para a compreensão das condições associadas à possibilidade de assumir o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que pode ser acrescida de bem-estar e saúde e por conseguinte de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 340-342. Recuperado de: <https://digital.csic.es/handle/10261/10500>
- Andrade, O. (2003). Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Maringá*, 25 (2), 207-213. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/270936745\\_Representacoes\\_sociais\\_de\\_saude\\_e\\_de\\_doenca\\_na\\_velhice](https://www.researchgate.net/publication/270936745_Representacoes_sociais_de_saude_e_de_doenca_na_velhice)
- Anica, A. (2018). *Envelhecer no Algarve. Percepções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento*. In *Envelhecer no Algarve*. Universidade do Algarve. Recuperado de: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10679>
- Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas, uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bryman, A. (2007). Barriers to integrating quantitative and qualitative research. *Journal of mixed methods research*, 1(8), 8-22. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2345678906290531>
- Bowling, A., y Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, 827-848. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006423>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., y Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Castellón, A., Pino, S., y Aleixandre, M. (2001). Calidad de vida y salud. *Revista Mult. Gerontol*, 11, 12-19.
- Castellón, A., y Pino, S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 188-192. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000148&pid=S0104-1290201200010001800005&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S0104-1290201200010001800005&lng=pt)

- Castellón, A., y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Mult. Gerontol*, 14, 131-137. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1032594>
- Culyer, J. (1981). *Health indicators*. University of York. York. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Anthony\\_Culyer/publication/4814671\\_Health\\_Health\\_Expenditures\\_and\\_Equity/links/004635228d3d98ad74000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anthony_Culyer/publication/4814671_Health_Health_Expenditures_and_Equity/links/004635228d3d98ad74000000.pdf)
- Ewles, S. (1999). *Promoting health: a practical guide* (4ª edición). London
- Fernández, G., Pérez, F., García, A., y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 43-46. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/28081988\\_Envejecimiento\\_y\\_salud\\_diez\\_anos\\_de\\_investigacion\\_en\\_el\\_CSIC](https://www.researchgate.net/publication/28081988_Envejecimiento_y_salud_diez_anos_de_investigacion_en_el_CSIC)
- Ferraz, A., y Peixoto, M. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Esc. Enf. USP*, 31, 316-318. Recuperado de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/419.pdf>
- Fontes, L. (1997). O papel do médico de família na avaliação e acompanhamento do doente idoso. *Geriatría, X(97)*. Recuperado de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- INE. (2017). *Anuário Estatístico da Região do Algarve 2016*. Lisboa. Recuperado de: <https://www.ine.pt>
- INE. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Destaque- Informação à Comunicação Social. Recuperado de: <https://www.ine.pt>
- Inouye, K., y Pedrazzani, E. (2007). Nivel de instrucción, socioeconómico y evaluación de algunas dimensiones de la calidad de vida de octogenários. *Revista Latino- americana*, 15.
- Lachman, M., y Baltes, P. (1994). Psychological ageing in lifespan perspective. In Rutter, M., y Hay, D. (Eds.), *Development through life. A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Science.
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. (Tese de Mestrado). Universidade dos Açores. Recuperado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000177&pid=S1647-2160201300010000400013&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000177&pid=S1647-2160201300010000400013&lng=pt)
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicosoma.
- Najman, M., y LeVive, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc.Sci.Med.*, 15, 107-115. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11662011>
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic Editora
- Paúl, C., y Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde* (1ª edición). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., y Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C., y Fonseca, A. (Coords.) (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª edición). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pordata. (2018). *PORDATA*. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Quivy, R., y Champenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Queiroz, J., y Trinca, F. (1983). Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista Brasileira. Enf.*, 36, 95-106. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v36n1/v36n1a10.pdf>
- Reis, J., y Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 475-485. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a05.pdf>
- Ribeiro, O., y Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Rubio, R., Aleixandre, M., y Cabezas, J. (2001). Calidad de vida y diferencias en función del sexo. *Revista Mult. Gerontol*, 11, 173-180.
- Squire, A. (2004). *Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Scedhouse. (1986). *Health foundations for achievement*. Wiley, Chichester.
- Teixeira, M., Schulze, C., y Camargo, B. (2002). Representações sociais sobre saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2002000200016&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2002000200016&script=sci_abstract&lng=pt)
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Tese de Mestrado). Lisboa. Universidade Aberta. Recuperado de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28680>
- WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneve: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- WHO (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Adherence to long-term therapies project*. Geneva: WHO. Recuperado de: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)

## 04 Arte, Salud y Cuidados: una apuesta por la educación

## artística desde Madrid Salud Art, Health and Care:

## a commitment to art education from Madrid Salud

Noemí Ávila Valdés

[navila@ucm.es](mailto:navila@ucm.es)

Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

<https://orcid.org/0000-0002-3895-1691>

Fecha de Recepción: 30/04/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 21/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.04>

## RESUMEN

Este artículo describe la estrategia de incorporar el arte y los y las artistas en los equipos de Madrid Salud. Madrid Salud es el organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que se encarga de la prevención y la promoción de la salud. En 2011, se pone en marcha el proyecto Arte, Salud y Cuidados, que ha incorporado el arte como herramienta para este propósito. Método y desarrollo: Teniendo en cuenta el informe de la OMS sobre las investigaciones y evidencias que relacionan el arte y salud, publicado en 2019; y el enfoque de la UNESCO sobre la educación artística, fomentando asociaciones creativas, activas y sostenibles, este estudio tiene como objetivo describir el desarrollo y el alcance de la colaboración entre el arte y la salud en Madrid Salud. Resultados y discusión: La descripción de este proceso de incorporación del arte en Madrid Salud evidencia que el arte y la educación artística son herramientas válidas, que posibilitan nuevas formas de participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud.

**Palabras clave:** Arte, educación artística, salud comunitaria, promoción de la salud, bienestar, proyectos comunitarios basados en el arte.

## ABSTRACT

This article describes the strategy of incorporating art and artists into teams of Madrid Salud. Madrid Salud is a public body of the Madrid City Council that is responsible for preventive healthcare and health promotion. In 2011, it launched the Arte, Salud y Cuidados project, which incorporated art as a tool for this purpose. Method and procedure: Taking into account the WHO report on the evidence base for arts and health interventions published in 2019, and the approach of UNESCO about art education, encouraging creative, active and sustainable partnerships, this study describe the collaboration between art and health in Madrid Salud. Results and discussion: The description of this development evidences that art and art education are valid tools for opening up ways for the public to take part in preventive healthcare and health promotion.

**Keywords:** Art, art education, public health, health promotion, wellbeing, art-based community projects.

## INTRODUCCIÓN

El arte y la salud tienen una amplia trayectoria de colaboración. El campo de estudio que vincula ambas disciplinas evidencia cómo la creatividad y los procesos artísticos mejoran la salud, cómo las actividades creativas y artísticas mejoran las relaciones sociales, y cómo estas buenas relaciones son evidencias válidas y determinantes de la salud individual y colectiva (Clift and Camic, 2016). Es por ello, que, en los últimos años, el arte y los y las artistas se han incorporado en diferentes contextos de salud, generando una amplia red de recursos y estrategias que ha legitimado esta colaboración.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review* (Fancourt y Finn, 2019) ha analizado más 900 publicaciones científicas de todo el mundo en las que se presentan estudios de esta relación con el arte y la cultura, y la principal conclusión que ha presentado, es que involucrarse en actividades artísticas y culturales ofrece una dimensión añadida a cómo podemos mejorar nuestra salud física y mental. En este informe, además, la OMS recomienda por primera vez incluir el arte y la cultura en los sistemas sanitarios. Piroška Östlin (2019), directora regional de la OMS para Europa explicaba en la presentación del informe, que:

Los ejemplos citados en este innovador estudio de la OMS muestran las maneras en que las artes pueden abordar problemas de salud insidiosos o complejos como la diabetes, la obesidad y la mala salud mental. Consideran la salud y el bienestar en un contexto social y comunitario más amplio, y ofrecen soluciones que hasta ahora la práctica médica común no ha podido abordar con eficacia.

Desde un enfoque también interdisciplinar, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en su *Hoja de Ruta para la Educación Artística* (Lisboa, 2006), ya alentaba activamente a los gobiernos y otros organismos a facilitar la colaboración entre los ministerios, departamentos, instituciones culturales, organizaciones no gubernamentales y profesionales de las artes, reconociendo la importancia de desarrollar una política de educación artística para articular vínculos entre las comunidades, instituciones educativas y sociales y el mundo del trabajo. Este texto, revisado en la *Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Artística* (Seúl, 2010), se ponía de manifiesto el papel relevante de la educación en el desarrollo cultural y artístico de la sociedad, y hacía hincapié en reforzar las dimensiones socioculturales de la educación artística, además de resaltar el valor de la educación artística en la promoción de la diversidad cultural y la cohesión social, atendiendo a la amplia gama de entornos de aprendizaje y oportunidades dentro y fuera de los entornos educativos institucionales, favoreciendo intercambios interdisciplinarios e intersectoriales.

Según Fancourt y Finn, los autores del reciente informe de la OMS (2019), las actividades artísticas pueden considerarse intervenciones complejas o multimodales que combinan múltiples componentes. Las actividades artísticas pueden involucrar un desarrollo estético, imaginación, activación sensorial, evocación de emociones y estimulación cognitiva. Dependiendo de su naturaleza, una actividad artística también puede involucrar interacción social, actividad física, comprensión de temas de salud y de cuidado de la salud. Según el modelo que presentan, las evidencias que vinculan las artes con la salud se pueden organizar así:

Tabla 1. Evidencias entre las artes y la salud

Componentes que intervienen en las actividades artísticas
Compromiso estético Participación de la imaginación Activación sensorial Evocación de la emoción. Estimulación cognitiva Interacción social Actividad física Compromiso con temas de salud Interacción con entornos sanitarios.
Respuestas y reacciones
Psicológico (por ejemplo, afrontamiento y regulación emocional) Fisiológico (por ejemplo, respuesta de la hormona del estrés, reactividad cardiovascular) Social (por ejemplo, reducción de la soledad y el aislamiento, apoyo y soporte social y comunitario) Comportamiento (por ejemplo, mayor ejercicio físico, adopción de comportamientos más saludables, desarrollo de habilidades)
Ámbitos en los que se presentan resultados y evidencias
Prevención Promoción de la salud Gestión de la salud Tratamientos

Elaboración propia a partir de la figura "A logic model linking the arts with health" (Fancourt y Finn, 2019, p. 3)

En España, en los últimos años, ha habido una intensa actividad académica y de investigación y se ha venido aportando un amplio campo de experimentación y una importante producción científica en el ámbito del Arte y la Salud y la Arteterapia. En concreto, se han consolidado estudios universitarios de máster y son varios los grupos de investiga-

ción especializados en ello. Además, estas acciones están profesionalizando artistas y especialistas que se están incorporando en diferentes contextos e instituciones, ampliando este campo de experimentación y mostrando evidencias de que el arte es una herramienta salutogénica, transformadora del individuo y de la sociedad.

En este artículo, se reflexiona en concreto sobre la relación entre el arte y una de las dimensiones de la salud que más importancia cobran en la actualidad, la de la promoción de la salud y la salud comunitaria. Toma como ejemplo y caso de análisis, el proyecto Arte y Salud, actualmente denominado Arte, Salud y Cuidados, de Madrid Salud, organismo público del Ayuntamiento de Madrid que se encarga de la prevención y promoción de la salud en la ciudad, iniciado en el año 2011.

### MÉTODO Y DESARROLLO:

Tal y como indicaba la UNESCO en la Agenda de Seúl (2010), es responsabilidad del área de la educación artística, alentar a los agentes del sector público y privado a invertir en capital humano y económico especializado. Es por ello, que, desde 2003, desde el área educación artística de la Universidad Complutense de Madrid, se inician contactos para transferir experiencias y conocimientos que alienten a agentes públicos y privados en esta tarea. En este sentido, se venía trabajando y estableciendo colaboraciones y proyectos con diferentes instituciones del ámbito de la salud (hospitales, centros de día, etc.) y con diferentes colectivos (niños y adolescentes hospitalizados, adultos, personas afectadas de demencia y Alzheimer, etc.).

Por otro lado, el organismo autónomo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, toma también una iniciativa decisiva en el desarrollo del proyecto Arte, Salud y Cuidados: en 2008, la institución inicia un proceso de reorientación, para profundizar en las acciones de promoción de la salud (OMS, 1986), prevención poblacional y salud ambiental, en detrimento de otras de carácter más clínico asistencial (basadas en revisiones médicas individuales a demanda) y situar a la organización en un campo competencial propio, como es la promoción de la salud (Segura et al, 2013). En este proceso de reorientación de la propia institución, se hizo necesaria la incorporación de saberes e instrumentos de dinamización comunitaria, además de habilidades creativas que ampliaran sus estrategias de acción y participación. Por ello, en el año 2011, la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud, firma un acuerdo con la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid, intuyendo posibles beneficios en la colaboración entre la prevención y la promoción de la salud y el arte (Ávila et al, 2014).

Ambas instituciones (universidad e institución de salud comunitaria) inician un camino conjunto de conocimiento y apoyo mutuo en la construcción de este espacio de conocimiento híbrido: el arte, la promoción de la salud y la salud comunitaria. Madrid Salud, ha

aportado dos elementos clave en este desarrollo conjunto: la perspectiva salutogénica y el trabajo comunitario. Por un lado, la óptica no patogénica conocida también como perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1987) o de la salud positiva (Scales y Leffert, 1999) que pone énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad; y, por otro lado, el profundo conocimiento del trabajo comunitario por parte de los y las profesionales de Madrid Salud. El arte, y los y las artistas, han aportado herramientas creativas y lenguajes plásticos para expresarse tanto individual como colectivamente. Precisamente, desde la informalidad, que define Segura (2019) en el trabajo comunitario como la capacidad de trabajo en la calle, en la cotidianidad y en el barrio. El arte, ha permitido ganar espacios y oportunidades informales para la comunicación y la expresión, ha favorecido encuentros y soluciones inesperadas y creativas, ofreciendo a los y las profesionales de la salud un acercamiento informal a la realidad. Y por supuesto, el desarrollo y apoyo institucional de Madrid Salud, ha permitido al arte y a los y las artistas plantear proyectos a medio y largo plazo, e incorporarse de forma constante en la realidad cotidiana de los barrios y de las comunidades en la ciudad de Madrid.

En cualquier caso, esta construcción conjunta, no ha sido sencilla, el desarrollo institucional de las evidencias entre arte y salud requiere sus adaptaciones y tiempos. El arte aporta métodos artísticos de intervención y también de evaluación e investigación (Boydell et al, 2012), pero no siempre es posible darlos por legítimos en el ámbito de la salud. Campos profesionales tan divergentes han de conseguir un espacio y apoyo institucional que permita políticas conjuntas reales que validen estos métodos (Castillejo et al, 2018). Por eso, es necesario explicar detalladamente el proceso de confluencia y desarrollo de esta colaboración intersectorial, con el fin de que otras instituciones y agentes puedan comprender los procesos, tensiones y avances de un proceso con incertidumbres (Martínez, 2019), pero también con muchas potencialidades.

En un primer acuerdo (2008), entre la Universidad Complutense de Madrid y Madrid Salud se tuvo como objeto fundamental el asesoramiento técnico y la realización de proyectos y prácticas en arte y salud y se articuló en torno a los tres fines que se describen a continuación:

- Diseño, ejecución y evaluación de talleres de arte y creación en colaboración con los programas de los centros de Madrid Salud.
- Tutorización de estudiantes en prácticas de las titulaciones impartidas en la Facultad de Bellas Artes (grados, másteres, doctorados).
- Asesoría técnica mutua y, en su caso, colaboración en actividades y proyectos de salud comunitaria, promoción de la salud y expresión artística, de interés común.

Esta colaboración generó un marco de actuación en el que profesores, investigadores, profesionales de la promoción de la salud y, sobre todo, estudiantes, comenzaron

a trabajar conjuntamente en el diseño y desarrollo de proyectos comunitarios en la ciudad de Madrid (Ávila et al, 2014 y 2016).

En diciembre de 2016 se convocan tres becas de posgrado para el proyecto *Arte y Salud* para estudiantes del programa de Doctorado en Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid. Estas becas son específicas para formación e investigación sobre la aplicación de metodologías artísticas a los programas de Promoción de Salud y Psicohigiene, en el contexto del proyecto *Arte y Salud*, y se han venido convocando anualmente desde 2016. Las tres becas de formación e investigación para el diseño, aplicación y evaluación de proyectos de arteterapia en la prevención de los malestares de la vida cotidiana (convocada anualmente desde 2016), y la beca de formación e investigación “*Arte, Salud y Cuidados*” (convocada en 2018).

Después de este proceso de construcción del proyecto y diálogo entre ambas instituciones, y de esta clara apuesta de Madrid Salud con la convocatoria de estas becas, en 2017, se redefinieron los objetivos para el proyecto *Arte y Salud*, ya más ajustados a la realidad de la colaboración entre ambas instituciones y también a las dimensiones de este. Estos objetivos, contemplaban propuestas más complejas, con proyectos, investigadores y profesionales implicados a largo plazo y con una clara visión en hacer sostenible el proyecto y validar los resultados. Con esta misión se formulan los tres objetivos:

- Utilizar la creación artística como herramienta para la prevención y la promoción de la salud.
- Activar espacios de participación ciudadana en torno a la promoción de la salud.
- Implicar a diferentes agentes sociales (asociaciones-colectivos-museos-centros educativos- y más) en proyectos de arte y promoción de la salud

En enero de 2019, tras ocho años de colaboración y con el empuje de las becas de posgrado, se comienza un trabajo de construcción conjunta con un enfoque integrador y global, donde las diferentes dimensiones y enfoques artísticos tengan cabida, siendo además conscientes del alcance y responsabilidad conjunta de esta colaboración, y siendo conscientes de la responsabilidad de trascender y transferir a la sociedad el conocimiento adquirido. En este trabajo de transferencia participan profesionales de Madrid Salud, becarios, investigadoras y profesoras expertas en el área (de la [Facultad de Educación](#) y [Facultad de Bellas Artes](#) de la Universidad Complutense de Madrid). A partir de esta construcción conjunta, y con el compromiso de transferencia a la sociedad antes mencionado, se definen los objetivos que articulan el proyecto *Arte, Salud y Cuidados*:

- Utilizar la creación artística como herramienta salutogénica.
- Activar espacios de participación ciudadana en torno a la promoción de la salud.

- Facilitar espacios grupales de autocuidado mediante procesos creativos acompañados.
- Crear redes de apoyo mutuo entre participantes, entidades y agentes de salud para fomentar el bienestar la vida cotidiana.
- Implicar a diferentes instituciones sociales y culturales en proyectos de promoción de la salud.

Revisado hasta aquí el proceso y evolución del proyecto *Arte, Salud y Cuidados*, se presentan, a continuación, los resultados y evidencias que validan esta colaboración.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el informe de la OMS (2019) se examinan los beneficios para la salud (mediante la participación o pasiva) y organiza las artes en cinco amplias categorías:

- Artes escénicas (música, danza, canto, teatro, cine)
- Artes visuales (artesanía, diseño, pintura, fotografía)
- Literatura (escritura, lectura, asistencia a festivales literarios)
- Cultura (visitas a museos, galerías, conciertos, teatro)
- Artes en línea (animaciones, artes digitales, etc.).

El informe, también establece los cinco aspectos temáticos dentro de la prevención y promoción, que ofrecen evidencias claras:

- Los determinantes sociales de la salud:
  - ~ Cohesión social
  - ~ Desigualdades sociales
- Desarrollo infantil:
  - ~ Vínculos madre-hijo
  - ~ Discurso y lenguaje
  - ~ Logros educativos
- Cuidados:
  - ~ Comprensión de la salud
  - ~ Habilidades clínicas
  - ~ Bienestar
- Prevención de problemas de salud:
  - ~ Bienestar
  - ~ Salud mental



- ~ Trauma
- ~ Deterioro cognitivo
- ~ Vulnerabilidad
- ~ Mortalidad prematura

- Conductas promotoras de salud:
  - ~ Vida saludable
  - ~ Compromiso con el cuidado de la salud
  - ~ Comunicación sobre temas de salud
  - ~ Estigmas relacionados con la salud
  - ~ Compromiso con grupos de difícil acceso

En el caso concreto del proyecto Arte, Salud y Cuidados, la categoría de las artes que se analiza es principalmente la de las artes visuales y el acceso a la cultura. Tal y como se muestra en las tablas siguientes, en el proyecto se han planteado propuestas desde dibujo, pintura, pasando por la performance, hasta visitas a museos y participación en exposiciones colectivas. También se han tratado gran parte de los aspectos temáticos recogidos en el informe: determinantes sociales en salud, desarrollo infantil, cuidados, bienestar, comunicación, salud mental, etc.

En este punto, es importante destacar que la recopilación, documentación, análisis y visibilidad de los resultados y evidencias generadas desde el año 2011 por el proyecto *Arte, Salud y Cuidados* en Madrid Salud, se hizo necesaria ante el estallido productivo a partir de la incorporación de las becas de posgrado, arriba mencionadas. Es por ello, que, en 2017, Madrid Salud financia el proyecto *Asesoramiento científico-técnico para la documentación, recopilación y digitalización de materiales artísticos y evidencias*, cuyo principal objetivo fue recopilar todas las evidencias que dan valor y legitimidad a la colaboración entre ambas entidades, y más aún a los ámbitos del arte y la promoción de la salud. Los resultados de este proyecto han mostrado el impacto de la colaboración entre el arte y la salud comunitaria a partir de datos cuantitativos, pero también con herramientas creativas y artísticas que han permitido evidenciar el potencial y la trascendencia de esta colaboración intersectorial y de las intervenciones, talleres y proyectos comunitarios.

Los resultados, tal y como se recogen en este proyecto (Ávila et al, 2019) se organizan tanto cuantitativamente, mostrando el número de los participantes, agentes sociales y culturales implicados, talleres, intervenciones, producción artística, etc., así como la dimensión cualitativa, que permite describir lo artístico y específico de estos proyectos y el alcance de esta colaboración.

Cuantitativamente, desde el 2011 al 2019 han sido más de 450 participantes en talleres; 124 proyectos, de los cuales 40 son proyectos comunitarios abiertos a toda la ciudadanía; 40 artistas desde profesorado de la Facultad de Bellas Artes y Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, hasta alumnado de grado y máster, desarrollo de becas; 70 entidades asociaciones, centros educativos, museos, fundaciones, centros culturales, sociales. Se ha trabajado en 14 distritos de la ciudad de Madrid (Usera, Carabanchel, Villaverde, Arganzuela, Chamberí, San Blas, Tetuán, Puente de Vallecas, Villa de Vallecas, Retiro, Ciudad Lineal, Latina, Vicálvaro Centro) y más de 45 profesionales de los equipos de los Centros Municipales de Salud Comunitaria han participado en algún proyecto de *Arte Salud y Cuidados*.

Desde un enfoque más descriptivo, se presentan dos de las tablas de los datos recogidos en el proyecto (Ávila et al 2019). En una primera tabla ([tabla 2](#)), los datos se organizan en función de los participantes, el perfil de los profesionales de Madrid Salud que participan y las redes de colaboración que se generaron a partir de las actividades e intervenciones desarrolladas.

Podrían destacarse varios proyectos o intervenciones que bien justifican las evidencias de los beneficios de esta colaboración, por ejemplo, las intervenciones realizadas por Larraín y colaboradores (2018, 2019) en las que, a través de la técnica de la acuarela, varios grupos de mujeres mayores y de madres con sus hijos, participaron en talleres creativos, visitas a museos y exposiciones colectivas.

En esta segunda tabla ([tabla 2](#)), se presentan los programas y los objetivos de salud que se han trabajado, así como las técnicas artísticas y eventos comunitarios en los que el arte ha sido una herramienta válida para su desarrollo:

Además de todo lo recogido en estas dos tablas, es de especial relevancia las intervenciones comunitarias mediadas a través del arte que se han desarrollado en estos años: jornadas de puertas abiertas en Centros Municipales de Salud Comunitaria, festivales de entidades sociales de barrio, carnavales, paseos emocionales por los barrios, celebración del World Pride, rutas saludables, participación en fotomapeos en red, muestras escénicas, cine de verano en plazas públicas, actividades para repensar barrios desde la participación ciudadana, banco común de conocimientos, entre otras. También se han realizado actividades y eventos para la celebración de días singulares: Día Mundial de la Salud Mental (talleres de máscaras por la salud mental, manual de acciones cotidianas para mejorar la salud mental), Jornada de Lucha contra el VIH, Día de la Mujer, Día contra la violencia de género o el Día Mundial sin Tabaco.

**Tabla 2**  
Impacto de participación en el proyecto Arte, Salud y Cuidados.

Participantes	Profesionales Madrid Salud	Redes (agentes socio culturales)
<p>Adultos mayores. Adolescentes, adolescentes de sexo femenino de etnia gitana, adolescentes en riesgo de exclusión social. Personas con funcionamiento intelectual límite, personas con discapacidad mental moderada o grave, personas con trastorno mental leve moderado o severo. Personas con déficit de habilidades sociales multifactoriales. Madres con hijos en edad infantil. Madres jóvenes de etnia gitana. Mujeres mayores, mujeres adultas en situación de soledad, mujeres adultas en contexto de prevención, mujeres adultas con problemática de salud, mujeres víctimas de violencia de género, mujeres inmigrantes. Niños y niñas. Vecinas y vecinos. Alumnos de educación obligatoria y alumnos de educación superior. Personal sanitario, socio sanitario y trabajadores de instituciones culturales.</p>	<p>Profesionales de la medicina, especialistas en ginecología, psiquiatría, pediatría, psicología, enfermería, trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos. Jefes de sección, referentes de los programas y adjuntos de los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc).</p>	<p>Museos, asociaciones culturales, centros culturales, centros socio culturales, centros juveniles, bibliotecas públicas, centros de servicios sociales. Centros de mayores. Asociaciones de vecinos y vecinas. Espacios de igualdad. Espacios comunitarios. Centros de salud mental (Centros de rehabilitación social, centros de rehabilitación laboral, centros de día). Colegios e institutos, asociaciones de estudiantes. Centros de educación especial. Asociaciones mujeres gitanas. Asociaciones de personas con discapacidad intelectual. Centros de atención a drogodependientes. Centros penitenciarios.</p>

Traducido de Ávila et al. (2019)

**Tabla 3**  
Contenidos de Madrid Salud mediados a través del arte.

Programas de salud de los CMSc en los que se enmarcan las experiencias	Objetivos de salud y habilidades que se promocionan para el bienestar	Temáticas y técnicas artísticas
<p>Programa de alimentación, actividad física y salud (ALAS). Programa de salud sexual y reproductiva. Programa de promoción de la salud en el ámbito educativo. Programa de desigualdades sociales en salud. Programa de envejecimiento activo y saludable. Programa de salud materno-infantil. Programa de promoción de la salud mental y psicohigiene. Programa de prevención y control del consumo del tabaco.</p>	<p>Promoción de la comunicación, la empatía, la expresión de emociones y las habilidades socioemocionales, y la vinculación. Promoción de los hábitos saludables, la buena alimentación y nutrición. Prevención de las enfermedades asociadas a la edad, la memoria, el deterioro cognitivo y la soledad. Promoción de la salud sexual y trabajo sobre la identidad de género desde el feminismo. Promoción de la autoestima, la aceptación personal, la identidad, el autoconocimiento y el autocuidado, trabajo de la imagen corporal y lucha contra el prejuicio y el estereotipo. Trabajo de la diversidad cultural y lucha contra la exclusión social. Promoción de la solidaridad, el trabajo en equipo, la participación, el respeto y la cooperación. Promoción de la autodeterminación, del empoderamiento y de la autonomía.</p>	<p>Cuerpo e imagen corporal, expresión corporal y danza, paseos saludables, visitas participativas a museos e instituciones culturales, talleres de creatividad, reciclaje de muebles y espacio cotidiano, fotografía y collage, coaching, música expresión creativa a través del color, creación textil y creación en punto de lana, acuarela y técnicas al agua y color, caligrafía china, graffiti, expresión de emociones y vínculos emocionales a través del color, mindfulness y gestión de estrés, talleres de relajación y yoga, experimentación con materiales artísticos, grabado, murales, performance, ejercicios de dibujo, retrato y autorretrato, talleres nutricionales a través de la pintura, talleres de memoria a través de obras de arte, talleres nutricionales utilizado alimentos y desperdicios de manera creativa, haiku y poesía breve, exposición de los productos artísticos creados.</p>

Traducido de Ávila et al. (2019)



Fig.1. Celebración del Día Mundial de la Salud Mental, octubre 2018. Madrid Salud

Se podrían destacar entre ellas, dos proyectos o intervenciones comunitarias que han supuesto una implicación de recursos a medio y largo plazo y que explican la potencialidad de estas propuestas: el proyecto *Un jardín vertical* y ARTYS, *la Experimental*. *Un jardín vertical* (Castillejo, 2019) es una iniciativa de intervención a modo de jardín vertical construido de manera colaborativa entre vecinas y vecinos del barrio de Puente de Vallecas, estudiantes de máster de la Universidad Complutense de Madrid, y profesionales del Centro Municipal de Salud Comunitaria de Puente de Vallecas, para la fachada principal de este centro. Por otro lado, ARTYS, *la Experimental* (Siles, 2019), es un proyecto de arte y salud comunitaria, llevado a cabo en la Colonia Experimental del barrio madrileño de Villaverde Alto, creando nuevas oportunidades para mejorar el bienestar y la salud de un colectivo concreto de este barrio, a través de la creatividad y el uso de las prácticas artísticas como vehículo para mejorar la calidad de vida de la vecindad.

El proyecto *Arte, Salud y Cuidados*, ha generado una amplia producción artística: fotografía, performance, dibujo, escultura, arte textil, pintura, acuarela, caligrafía, *fotocall* creativo, poesía breve, haiku, escultura colaborativa, jardines verticales, huertos urbanos, *grafitty*, arte urbano, etc., que ha dado lugar a la colección *Arte, Salud y Cuidados* de Madrid Salud, necesaria para recoger toda la producción individual, colectiva y comunitaria de estos años. Toda esta producción se ha presentado en varias exposiciones artísticas colectivas en los propios Centros Municipales de Salud Comunitaria, en centros culturales de los barrios, y en espacios culturales de especial relevancia, como la *I Jornada Participativa de Arte, Salud y Cuidados* en Medialab Prado, en el Centro Dotacional de Arganzuela o en la *Jornada Arte, Salud y Cuidados* en Centro-Centro, ambos espacios dependientes del Ayuntamiento de Madrid.



Fig. 2. Imagen de la exposición *Arte, Salud y Cuidados*, Centro Dotacional de Arganzuela, septiembre 2019. Madrid Salud

## CONCLUSIONES

La OMS, a través del informe presentado en el 2019 ha generado, por primera vez, un estudio a gran escala sobre los lazos entre el arte y la salud y el bienestar y también

por primera vez, ha instado a los gobiernos y autoridades a aplicar políticas que mejoren la colaboración entre los sectores sanitario y artístico.

Esta colaboración intersectorial ya había sido alentada desde la UNESCO en sus informes sobre las potencialidades de la educación artística del 2008 y 2010, y por ello, se hace evidente y necesario la inversión en capital humano y económico para el desarrollo de estas políticas.

Arte, Salud y Cuidados de Madrid Salud, ha apostado desde el 2011 en estas políticas. El presente artículo describe el proceso de implementación de estas políticas que han permitido incorporar el arte a la institución Madrid Salud. La descripción detallada de este proceso es fundamental para comprender el alcance de esta inversión: desde las primeras colaboraciones con la universidad, pasando por las prácticas de estudiantes hasta la financiación de becas de posgrado. Este desarrollo ha generado un amplio campo de experimentación, tal y como se describe en los eventos, intervenciones, técnicas artísticas, exposiciones, y ha permitido a un gran número de usuarios y usuarias de Madrid Salud participar en propuestas artísticas. Es destacable también las redes de colaboración entre agentes (como museos o instituciones culturales o artísticas) que se han puesto en contacto con otros agentes (sociales y de salud) y que han activado colaboraciones donde el arte y la salud comparten objetivos. Los ejemplos recogidos en estos años de colaboración manifiestan, como las estrategias de la educación artística han facilitado que el arte sea una herramienta válida, que posibilita nuevas formas de participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud.

Ejemplos y desarrollos como el proyecto Arte, Salud y Cuidados de Madrid Salud son un referente y un modelo para establecer estas políticas intersectoriales. Se ha puesto de manifiesto la capacidad de la educación artística para sensibilizar y estimular el apoyo y la inversión de otros sectores públicos (en este caso el de la promoción de la salud y la salud comunitaria) y, sin duda, ha abierto el camino a nuevas fórmulas de bienestar personal y colectivo, y de creatividad social y colectiva para afrontar nuevos retos y dificultades.

Sin duda, afianzar esta colaboración intersectorial, es uno de los grandes retos y desafíos de este 2020 y para los próximos años inmersos en la crisis internacional del COVID-19. Profesionales de ambos sectores (salud y cultura) han planteado que, en tiempos de cuarentena obligada por la pandemia de coronavirus, recurrir a las artes es una necesidad para muchos: participar en eventos culturales en línea o realizar actividades artísticas, son esenciales para combatir el aburrimiento, la desidia, la ansiedad, o para expresarse. Queda por tanto abierta la necesidad de diseñar programas y propuestas concretas para que el arte y la cultura puedan formar parte

del proceso de recuperación individual, social y comunitario tras este período de confinamiento.

## FINANCIACIÓN

Este estudio ha contado con la financiación de Madrid Salud, Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid, a través de los artículos 83 de la LOU (Ley Orgánica de Universidades) firmados con la Universidad Complutense de Madrid (269-2017 y 178-2019). Más información: <https://www.ucm.es/artesaludproyectos/>

## REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ávila, N., Orellana, A., Cano, M. G., Antúnez, N., y Claver, L. (2014) Arte, salud y prevención: primeras colaboraciones. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 501-504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.002>
- Ávila, N., Orellana, A., Claver, L., Segura, J. Martínez, M., y Borrego, O. (2016). Proyectos comunitarios: propuestas desde la promoción de la salud y la creación artística. *Comunidad*, 2(18), 3.
- Ávila, N., Claver, L., Larraín, C., Azcona, C., Segura, J., y Martínez, M. (2019). Art, health promotion and community health: constructing the 'Madrid Salud' model. *Journal Applied Arts and Health*, 10(2), 203-217. [http://dx.doi.org/10.1386/jaah.10.2.203\\_1](http://dx.doi.org/10.1386/jaah.10.2.203_1)
- Boydell, K., Gladstone, B., Volpe, T., Allemang, B., y Stasiulis, E. (2012), The production and dissemination of knowledge: A Scoping Review of Arts-Based Health Research. *Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung*, 13(1), 1-30.
- Castillejo, M., Fernández-Cedena, J., Siles, S., Claver, L., y Ávila, N. (2018). Batas Nómadas en Madrid Salud: el arte y los artistas en equipos profesionales de salud comunitaria. *Gaceta sanitaria*, 32(5), 403-502. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.008>
- Castillejo, M. (2019). Replanteando el bulevar: Un jardín vertical como intervención artística y comunitaria. *EARI, Educación Artística Revista de Investigación*, 10, 082-094. <http://dx.doi.org/10.7203/eari.8.10020>
- Clift, S., y Camic, P. (2016), Introduction to the field of creative arts, wellbeing, and health: achievements and current challenges. En S. Clift y P. Camic (Eds), *Creative Arts, Health, and Wellbeing. International Perspectives on Practice, Policy, and Research* (pp. 3-10). Oxford: Oxford University Press.
- Fancourt, D., y Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. World Health Organisation (WHO). Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>
- Larraín, A., Azcona, C., Ávila, N, y Claver, M. (2018). Arte como recurso de salud y bienestar: una experiencia con mujeres a partir de la exposición de Cai Guo-Qiang del Museo Nacional del Prado. *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*, 3, 52-61.

- Larraín, A., Ávila, N., y Cortés, F. (2019). Criar en colores, nuevas experiencias: una intervención de agua y color con madres jóvenes de etnia gitana en Servicios Sociales de Fuentidueña, Villa de Vallecas. *EARI, Educación Artística Revista de Investigación*, 10, 95-115. <https://doi.org/10.7203/eari.10.12705>
- Larraín Vergara, A. T. (2019). Prácticas artísticas en Espacios de Salud: talleres, salidas culturales, exposiciones del grupo Acompañando con el Agua: CMSc Centro Municipal de Salud Comunitaria Villa de Vallecas. *Arte y Movimiento*, 20, 9-21.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra. Disponible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- Martínez, M. (2019). *Vídeo Arte, Salud y Cuidados*. En Madrid Salud (Productora). Disponible en: <http://madridsalud.es/proyectos-de-arte-y-salud/>
- Östlin, P. (2019, noviembre). *Launch of first WHO report on the evidence base for arts and health interventions*. Conferencia presentada en Helsinki (Finlandia). Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=65&v=6h9B9Pk-0K0&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=65&v=6h9B9Pk-0K0&feature=emb_logo)
- Scales, P., y Leffert, N. (1999). *Developmental Assets: A Synthesis of the Scientific Research on Adolescent Development*. Minneapolis: Search Institute.
- Segura, J., Martínez, M., Pla, A., Gil, M., Vivas, F., y Miguel, A. (2013). El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Comunidad*, 15, 23-26.
- Segura, J. (2019). *Individual, Grupal y Comunitario (VIII): b) Encuadre*. Recuperado de: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2019/10/13/individual-grupal-y-comunitario-viii-b-encuadre/> (Consultado el 17/04/2020)
- Siles, S. (2019). El arte y la creatividad como nuevas formas de bienestar. Primera fase de ARTYS. La Experimental, proyecto de Arte y Salud Comunitaria en la Colonia Experimental de Villaverde Alto (Madrid). *EARI, Educación Artística Revista de Investigación*, 10, 150-167. <https://doi.org/10.7203/eari.10.12608>
- UNESCO (2006). *Hoja de Ruta para la Educación Artística*. Primera Conferencia Mundial sobre la Educación Artística: construir capacidades creativas para el siglo XXI Lisboa (Portugal). Disponible en: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/CLT/pdf/Arts\\_Edu\\_RoadMap\\_es.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/CLT/pdf/Arts_Edu_RoadMap_es.pdf)
- UNESCO (2010). *La Agenda de Seúl: Objetivos para el desarrollo de la educación artística*. Segunda Conferencia Mundial sobre la Educación Artística. Seúl (República de Corea). Disponible en: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/CLT/pdf/Seoul\\_Agenda\\_ES.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/CLT/pdf/Seoul_Agenda_ES.pdf).

**05 Projeto DVS (drogas, violência e suicídio): prevenção, educação, gestão. Uma aposta sustentável** | DVS project  
(drugs, violence and suicide): prevention, education, management.  
One sustainable bet**Filomena Fernandes Gonçalves**[✉ filomenafernandes@esars.pt](mailto:filomenafernandes@esars.pt)

Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

[ID https://orcid.org/0000-0003-1791-1997](https://orcid.org/0000-0003-1791-1997)**Ángel Luis González Olivares**[✉ ALuis.Gonzalez@uclm.es](mailto:ALuis.Gonzalez@uclm.es)

Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real, España

[ID https://orcid.org/0000-0003-0443-5127](https://orcid.org/0000-0003-0443-5127)**Francisco Javier Sánchez-Verdejo Pérez**[✉ FcoJavier.SVerdejo@uclm.es](mailto:FcoJavier.SVerdejo@uclm.es)

Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real, España.

[ID https://orcid.org/0000-0003-1112-5995](https://orcid.org/0000-0003-1112-5995)

Fecha de Recepción: 30/04/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 21/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.05>**RESUMO**

A escola do século XXI, pela sua diversidade, tornou-se um espaço de encontro, de aprendizagem e de partilha de realidades muito diversas. Neste contexto, as escolas portuguesas têm vindo a desenvolver projetos que promovem a discussão, em contexto escolar, sobre as temáticas da Violência, das Drogas e do Suicídio. De facto, diante dos avanços sociais, a globalização não proporciona apenas uma melhoria das condições e qualidade de vida. Fica claro que, neste processo, a valorização do trabalho enquanto fator de promoção pessoal e profissional, acarreta uma maior dificuldade em conciliar a vida no trabalho e em família, de onde resultam, muitas vezes, lacunas na capacidade destas, quanto à prevenção e acompanhamento dos jovens. Obviamente, daqui se pode deduzir que os mais afetados serão as crianças e os adolescentes assistindo-se a um aumento da taxa de consumo de drogas, da violência e das tentativas de suicídio em Portugal. Este trabalho visa apresentar um breve retrato desses projetos, que envolvem os pais e encarregados de educação, técnicos de saúde e autoridades policiais e judiciais. Pretende-se, igualmente, com esta proposta de trabalho, analisar as medidas adotadas para dar resposta às demandas da atual sociedade portuguesa.

**Palavras-chave:** saúde, qualidade de vida, educação, prevenção, sustentabilidade.**ABSTRACT**

The school of the 21st century, due to its diversity, has become a space for meeting, learning and sharing very different realities. In this context, Portuguese schools have been developing projects that promote the discussion, in the school context, on the themes of Violence, Drugs and Suicide. In fact, in the face of social advances, globalization does not only provide an improvement in conditions and quality of life. It is clear that, in this process, the valorization of work as a factor of personal and professional promotion causes a greater difficulty in reconciling life at work and in the family, which often result in gaps in their capacity in terms of prevention and monitoring of young people. Obviously, from this it can be deduced that the most affected will be children and adolescents seeing an increase in the rate of drug use, violence and suicide attempts in Portugal. This work aims to present a brief portrait of these projects, which involve

parents and guardians, health technicians and police and judicial authorities. It is also intended, with this work proposal, to analyze the measures adopted to respond to the demands of current Portuguese society.

**Keywords:** health, quality of life, education, prevention, sustainability.

## INTRODUÇÃO

Tendo em conta que, no processo de desenvolvimento das crianças e jovens, a educação, a qualidade de vida e a saúde desempenham um papel fundamental, se queremos investir na criação e manutenção de níveis de vida sustentáveis e saudáveis, na sociedade portuguesa, há que nos perguntarmos sobre a forma como o conceito de sustentabilidade pode e deve ajudar a obviar essa situação.

Tal como afirma Matarazzo (1983), são duas as dimensões que compreendem os comportamentos associados à saúde, a saber, os hábitos prejudiciais para a saúde, designados de “comportamentos patogénicos”, onde se enquadram os atos de fumar, ingerir muito sal ou ter um estilo de vida sedentário e os comportamentos protetores da saúde, designados de “comportamentos imunogénicos”, como por exemplo, tomar o pequeno-almoço todos os dias, não fumar ou praticar exercício físico com regularidade.

Por sua vez, a relação do indivíduo com o meio ambiente pode produzir situações de risco para a saúde, física e mental, e a sua segurança e sustentabilidade. Neste sentido, há que considerar: aspetos de ordem geral, familiar e socioeconómica, fatores de incitação e também os condicionamentos de natureza psicopatológica.

A problemática das drogas, da violência e do suicídio em Portugal tem levado a estudos vários, no âmbito do seu enquadramento quer sociológico, quer económico e sanitário. No que às escolas diz respeito, estas questões têm sido alvo de reflexão profunda. Elas derivam da circunstância de ser a escola um espaço de acolhimento de jovens provenientes de contextos familiares e sociais muito diversos, onde se podem manifestar comportamentos indiciadores de situações passíveis de carecer de acompanhamento especializado. A escola é, por esse motivo, o ambiente mais facilitador do trabalho de deteção de situações de risco e da tomada de medidas, quer preventivas, quer de gestão destas situações.

Neste sentido, temos vindo a constatar que são cada vez mais frequentes os casos de: consumo de drogas e álcool, desde idades mais precoces; episódios de agressões em ambiente escolar de maior violência – reflexo, muitas vezes de um ambiente familiar, também ele desestruturado e violento; o aumento de casos de risco de suicídio na população escolar.

Centrada a nossa atenção na fase da adolescência dos nossos alunos, desenvolvemos o presente trabalho, visando facilitar a precoce deteção de situações de risco, a reflexão sobre a modo de prevenir, agir e gerir essas situações. Neste sentido, delineamos um projeto de intervenção numa escola do concelho do Seixal, a Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira, Torre da Marinha, que fosse ao encontro dos seguintes objetivos: prevenção, deteção e gestão de situações de risco em ambiente escolar. Chamámo-lhe “Drogas, Violência e Suicídio – na tua pele”. Este projeto pretende detetar comportamentos de risco no processo de desenvolvimento dos indivíduos, tendo em conta o seu contexto pessoal, familiar e sociocultural e identificar indicadores de sofrimento psicológico, particularmente a depressão e o risco suicidário.

## METODOLOGIA

O estudo em referência apresenta um carácter exploratório sobre comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos deste estabelecimento de ensino da margem sul do Tejo.

Os objetivos compreendem: a identificação e caracterização dos comportamentos de risco, como sejam o consumo de álcool e de outras substâncias estupefacientes, a sua relação com atos de violência e o risco de suicídio.

A metodologia engloba métodos quantitativos e qualitativos, tendo sido constituídos dois grupos de participantes de ambos os sexos, um de nível do ensino básico, oitavo ano de escolaridade, composto por 19 alunos entre os 13 e os 17 anos e outro de 13 alunos, do décimo ano de escolaridade, entre os 15 e os 19 anos. O início deste projeto ocorreu em fevereiro de 2020, tendo sido interrompido devido à situação de pandemia por Covid 19, deixando para mais tarde o prosseguimento do trabalho inicialmente planificado. Aos dois grupos seriam aplicadas estratégias de contacto com excertos literários e cinematográficos associados aos três temas em estudo – drogas, violência e suicídio-, encontros com autoridades sanitárias e policiais, reflexões em pequeno e em grande grupo sobre comportamentos de risco, sinais evidenciadores de situações de risco e estratégias de autoajuda e entreaajuda, nestas situações. O objetivo último seria acompanhar a produção de trabalhos em suporte digital, vídeo, áudio e papel, em que se sensibilizasse a população escolar e a comunidade para estas problemáticas, numa perspetiva de prevenção e acompanhamento.

### O Projeto Drogas, Violência e Suicídio – na tua pele - contextualização

Este projeto surgiu na sequência de uma sessão sobre *bullying* e *cyberbullying*, ocorrida na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira, na Torre da Marinha, Seixal, em princípios de janeiro de 2020, que envolveu o SPO (Serviço de Psicologia e Orienta-

ção), o PES (Projeto de Educação para a Saúde), a Polícia do Seixal, o Centro de Saúde da Torre da Marinha, Seixal. Consequentemente, o trabalho de Direção de Turma contribuiu para uma maior proximidade com casos de violência física e cibernética, ocorridos dentro e fora do contexto escolar, levando à necessidade de gerir várias situações, quer no âmbito dos agressores, quer das vítimas, quer das testemunhas. A este processo, quase por inerência, associou-se ainda o do consumo e tráfico de drogas, enquanto fatores que poderão estar também relacionados com a violência. A estes aspetos, acresceu-se também o problema do risco de suicídio de adolescentes, motivo pelo qual se tornou clara a urgência de atuar em contexto escolar, quer na deteção de sinais de risco, quer na gestão de situações efetivas de tentativa de suicídio, quer nas estratégias de prevenção destes problemas na população escolar.

Desde o início que quisemos que este projeto fosse multidisciplinar, envolvendo organismos variados, para melhor podermos articular a necessidade de obter formação que permitisse identificar, prevenir e gerir situações de risco. Neste sentido, envolvemos neste projeto a aluna de Mestrado em Ensino da FCSH, UNL, Lisboa, que está a completar a sua formação na ESARS, as disciplinas de Matemática, Espanhol, TIC e o Projeto de Educação para a Saúde (PES) da ESARS, bem como os serviços de Psicologia, as autoridades policiais e sanitárias da zona em que se insere a escola, para que, em trabalho concertado, pudéssemos refletir e encontrar respostas para estas questões. Chamar a este projeto de “D(rogas)V(iolência)S(uicídio) - na tua pele” visa, assim, propiciar momentos de confronto e reflexão sobre estas questões, com vista à prevenção, identificação de casos e gestão e acompanhamento dos mesmos, numa perspetiva pessoal e interpessoal.

Tomando como ponto de partida a definição e abrangência de cada um destes temas, decidimos abordar as suas implicações. Assim, no que diz respeito às drogas, propusemo-nos refletir sobre as possíveis razões que estão na origem do seu consumo: ser aceite pelo grupo-par; experimentar para ver como é; agradar ao parceiro amoroso; esquecer os problemas, entre outras. Quanto à questão da violência, decidimos analisá-la nas suas diversas vertentes: violência doméstica (originada pelo consumo de álcool e estupefacientes, desemprego, perturbações mentais, problemas económicos, entre outros); violência contra as mulheres (violação, mutilação genital feminina, discriminação salarial e a privação dos direitos igualitários aos dos homens); o *bullying* (físico, chantagem sexual, perseguição, humilhação, segregação por ser gorda, magra, ser baixo, ser alto, vestir roupa sem ser de marca, entre outras); o *cyberbullying* (factos, precauções e implicações). Já no que diz respeito ao suicídio, estipulámos a sua abordagem enquanto sintomática de problemas do foro das doenças mentais (depressão, crises psicóticas, esquizofrenia, bipolaridade, entre outras) e centrámo-nos na identificação de sinais/comportamentos de risco, na definição de estratégias de prevenção, gestão e ajuda nos casos de risco/tentativa de suicídio).

Para obviar a todo este trabalho, definiu-se como metodologia:

- o contacto com filmes, excertos de obras literárias e outras expressões artísticas que abordem estas temáticas.
- o encontro com entidades que pudessem contribuir para um debate mais profícuo: PES da ESARS, autoridades médicas do Centro de Saúde da Torre da Marinha e do distrito de Setúbal, autoridades policiais desta zona, APAV, entre outras.
- o debate, junto dos grupos intervenientes, sobre as questões fraturantes de cada um destes problemas.
- produção de trabalhos plásticos e artísticos (vídeos, cartazes, panfletos, slogans) que plassem e suscitem outras abordagens aos temas estudados.

### O consumo e tráfico de drogas em contexto escolar

A Comissão de Proteção de Menores tem sido solicitada inúmeras vezes para sinalização de casos de alunos que consomem e traficam droga, senão no espaço escolar, nas suas imediações, colocando em risco a população jovem.

Ainda que, desde novembro de 2001, a aquisição, a posse e o consumo de drogas tenha deixado de ser considerado crime em Portugal, ele continua a ser um ato punível por lei e constitui uma contraordenação social. Esta determinação foi decidida com a Lei nº30/2000, de 29 de novembro, que abandonou a visão preconceituosa do toxicodependente como criminoso, passando a considerá-lo alguém que necessita de ajuda e apoio especializado. Em todo o país, foram criadas comissões para a dissuasão da toxicoddependência (CDT), serviços que recebem estes indivíduos encaminhados pelas forças de segurança - Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Tribunais. Estes recursos pretendem funcionar como resposta na redução do consumo de drogas e trabalham em estreita colaboração com outros serviços da sociedade civil e comunidade, onde se enquadram os estabelecimentos de ensino públicos e privados.

Simultaneamente, a legislação portuguesa faculta meios de atuação na proteção de crianças e jovens em risco, tal como consignado na [Lei nº 147/99, de 1 de Setembro alterada pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto e pela Lei nº 142/2015, de 8 de Setembro](#). Ao mesmo tempo, o [DL 401/82, de 23 de Setembro](#) regulamenta o regime penal aplicável a jovens delinquentes que, no âmbito do tráfico de drogas, incorram em crimes puníveis, nos termos da lei.

Assim, com o enquadramento legal que referimos, a Escola passou a ter um papel ativo na deteção de situações de consumo e suspeita de tráfico de drogas, mas acima de tudo, na educação para a saúde dos jovens ensinando a prevenir situações de risco, evitando a iniciação neste universo da toxicoddependência.



Vários têm sido, ao longo dos anos, os meios através dos quais tal trabalho vem sendo feito. Mais recentemente, as escolas passaram a contar com grupos de trabalho de Educação para a Saúde, de âmbito alargado, indo das dependências ao planeamento familiar e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Com a criação de projetos para a cidadania, a questão das drogas tornou-se um dos mais importantes eixos de atuação nas escolas.

### A violência na escola

Em primeiro lugar, convém definir quem são os intervenientes neste processo, e não apenas em contexto escolar. Quando falamos de violência, é frequente centarmo-nos no outro, como agressor, e nunca em nós, nem nos nossos. Por outro lado, ainda que a cultura e tradição portuguesas estejam plenas de expressões coniventes com a violência e a sua tolerância, e muito frequentemente de ordem sexista, não podemos ignorar o papel de quem sabe ou assiste a casos de violência e nada faz para defender a vítima, remetendo essa responsabilidade para as autoridades competentes e demitindo-se, como cidadão, do dever de exercer a sua cidadania denunciando estes casos.

Por isso, é fundamental definir quem é a vítima, quem é o agressor e quem é a testemunha ativa ou passiva neste processo.

Expressões como “Entre marido e mulher ninguém meta a colher”, levaram, no passado, a que os jovens que cresceram em contextos de violência a vejam como natural e impunível, já que, na maioria das vezes, “acabava tudo em pizza”<sup>1</sup>, ou seja, sem que agressores fossem punidos e vítimas fossem protegidas ou ressarcidas pelos danos causados. Ainda hoje, e apesar de todas as campanhas que se têm vindo a fazer, o problema da violência, nas suas diversas facetas, é um dos mais graves problemas com que as escolas deparam.

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio À Vítima) tem feito um trabalho exemplar na sensibilização para o problema da violência, sobretudo contra as mulheres, no acompanhamento, divulgação e apoio às vítimas. Na sua página *online*, apresenta-se uma secção sobre legislação relativa a várias situações de agressão e violência e são disponibilizados os meios para encaminhar as vítimas que necessitem de ajuda policial, psicológica e jurídica. Este organismo tem sido uma ferramenta de apoio ao trabalho desenvolvido nas escolas.

Ao mesmo tempo, a Lei nº147/99, de 1 de setembro, e a Lei nº142/2015, de 8 de setembro (que regulamentam a proteção de crianças e jovens em perigo - LPCJP) em conjunto com a lei tutelar educativa (LTE), expressa na Lei nº 166/99, de 14 setembro

e a Lei 4/2015, de 15 janeiro definem os casos de situação de risco e de situação de perigo no casos de jovens menores de idade.

Simultaneamente, a legislação portuguesa prevê, agora, que um adolescente agressor, maior de 12 anos de idade, seja criminalmente responsável pelos seus atos – que podem configurar situações de roubo ou furto, divulgação de imagens ou difamação de outrem nas redes sociais. Nalguns destes casos, estes jovens podem ser retirados aos pais e Encarregados de educação e serem institucionalizados.

Uma vez que os crimes praticados até aos 16 anos de idade são considerados como crime público, os jovens que os cometam em contexto escolar ou no seu âmbito, são sinalizados pelos seus professores, que comunicam estes factos às respetivas Direções, que, por sua vez, encaminham a situação para as autoridades competentes.

É inegável que o problema da agressão verbal e física se agrava quando, em tempos de pandemia, temos de recorrer a meios digitais para poder continuar a trabalhar com alunos, em aulas síncronas, dadas à distância, sem que o professor possa monitorizar todas as ações que os alunos levam a cabo enquanto estão a ter aulas. Não são poucos os casos de vídeos, comentários e fotos divulgadas pelas redes sociais de aulas ou excertos de aulas, em que alunos fazem comentários ofensivos contra os seus colegas e professores. Portanto, é, mais do que nunca, fundamental e urgente debater estes temas com os alunos e levá-los a tomar consciência das suas responsabilidades cívicas como cidadãos responsáveis pelos seus atos e, de certa forma, pelos dos seus colegas. O projeto apresenta, por isso mesmo a vertente “na tua pele”. Pretende-se que os alunos façam o exercício de se colocar no lugar do outro, seja ele o agredido, seja o agressor, já que há sempre um *background* que explica os motivos para que alguém se torne um *bully*, presencial ou cibernético. Mas mais importante ainda é conduzir os alunos à conclusão de que, mais do que simplesmente gerir situações de violência, há que saber identificar os comportamentos que lhe estão na origem e pensar estratégias para evitar chegar à concretização da agressão. Na prática, isto significa investir numa educação para a prevenção e responsabilização de todos neste processo.

### O consumo de bebidas e de drogas

De acordo com um recente estudo levado a cabo por dois investigadores, Luís Nabais e Natália Ramos (en Pereira et al., 2020), a maioria dos adolescentes já experimentou, em algum momento, bebidas alcoólicas, mas afirma não consumir álcool com regularidade. A idade média do início dos consumos ronda os 14 anos, ou seja, antes dos 16 anos, tal como referem outros estudos (Barroso, 2012; Breda, 1996; Matos et al., 2010; Nabais, 2005; Nabais & Correia, 2002). Os mesmos estudiosos acres-

centam que a bebida mais consumida é a cerveja e que, em quase 1/4 das famílias existem problemas com álcool, num ou mais familiares, o que dá conta da dimensão do problema, a nível intrafamiliar, e da importância da transmissão destes vícios de forma intergeracional. Em relação ao consumo de drogas, a grande maioria dos adolescentes refere não consumir e a substância ilegal, claramente mais consumida, é a *cannabis*, a qual, mais de 1/4 dos jovens refere já ter experimentado.

Na realidade, esta percentagem ganha maior dimensão, se tivermos em consideração a imprevisibilidade da reação comportamental ao seu consumo e o caráter de ilegalidade da substância. Dado tratar-se esta de uma substância cujo consumo tende a aumentar, e de os seus efeitos clínicos serem ainda pouco claros, torna-se evidente que lhe deve ser dedicada particular atenção.

Relativamente aos fatores de risco, pudemos observar que todos os indicadores relacionados com consumos (álcool, tabaco e *cannabis*), bem como os indicadores de depressão e de risco de suicídio, estão inversamente correlacionados com a presença de comportamentos de proteção para a saúde, pelo que constituem bons preditores de comportamento saudável. A data de início do primeiro consumo de bebidas alcoólicas revela-se um importante preditor para o risco de consumo de substâncias e a presença de indicadores de sofrimento mental. O consumo dos vários tipos de substâncias está fortemente correlacionado, pelo que o consumo de qualquer uma é um bom preditor do consumo das outras.

Além disso, verificou-se que os adolescentes que vivem só com a mãe apresentam mais risco de suicídio, quando comparados com os que vivem com ambos os progenitores. O mesmo se verificou para os filhos de pais divorciados/separados, cujo risco de suicídio é significativamente superior ao dos filhos de pais que vivem juntos. Este dado revela-se interessante, uma vez que as referidas configurações familiares, têm expressão significativa e tendem a aumentar na nossa sociedade, tornando não apenas pertinente, mas acima de tudo urgente, que as escolas tenham mecanismos de resposta a estas situações, que falemos de consumos efetivos, quer falemos de ações de sensibilização para a prevenção destes comportamentos de risco.

Pelas razões apresentadas, o projeto visará levar cada aluno a fazer o exercício de se por na pele do consumidor de bebidas e estupefacientes, refletindo nas razões que o levaram a iniciar-se neste universo de dependências e nas respostas possíveis para sair dele.

### O suicídio

O suicídio é um dos maiores e mais complexos problemas sociais que acompanham o homem desde a antiguidade. Esse ato deliberado de acabar com a própria vida

sempre esteve longe de ser uma aceitação unânime e atualmente é alvo de crescente preocupação por toda a comunidade, afirmando-se como um problema de saúde pública cada vez mais sério (Costa et al. 1987: 63-69; Peixoto, 2006); e quando essa realidade chega aos jovens, a preocupação é ainda maior. Segundo a Organização Mundial da Saúde, esse problema especificamente humano causa quase um milhão de mortes anualmente em todo o mundo, das quais cerca de 58.000 ocorrem na União Europeia e 200.000 entre adolescentes ou adultos jovens (Hegerl et al. 2009: 596-599), o que equivale a uma morte a cada 40 segundos, colocando o suicídio entre as 10 causas de morte mais frequentes em todas as faixas etárias e a segunda em jovens com idades entre 15 e 29 anos (Värnik, et al, 2009: 216 – 226).

Quando um suicídio ocorre, é um evento traumático para uma escola ou comunidade e o impacto sobre os jovens pode ser significativo. O suicídio pode provocar uma série de respostas emocionais e comportamentais. Não em vão, foi descrito como uma “epidemia silenciosa” (Appleby, 2008).

O comportamento suicida é uma grande preocupação de saúde em muitos países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que pelo menos um milhão de pessoas morrem anualmente de suicídio em todo o mundo (Bertolote, 2001: 3–10).

Muito mais pessoas, especialmente jovens e de meia-idade, tentam suicídio (Waserman, 2001).

Fatores sociais, psicológicos, culturais e outros podem levar uma pessoa ao comportamento suicida (Patel et al., 2010; WHO, 2014). Nas últimas décadas, evidências empíricas mostraram que os atos de suicídio podem ser influenciados pelo local de residência, independentemente ou além das características individuais. Fatores contextuais (características socioambientais dos locais de residência) têm impactos positivos ou negativos na saúde mental dos indivíduos (Diez Roux e Mair, 2010, Evans, 2003, Ruth et al., 2014, OMS, 2008) e podem influenciar a incidência de morte por suicídio (Agerbo et al., 2007, Chang et al., 2011, Derek Cheung et al., 2014, Phillips, 2014).

O suicídio tem imensos efeitos nas famílias, amigos e comunidades de pessoas que morrem por suicídio, causando pesar e culpa duradouras (Brent, Perper, Moritz, Liotus, Schweers, et al., 1993; Catone & Schatz, 1991; McIntosh & Kelly, 1992; Van Dongen, 1991; Wagner e Calhoun, 1992). Indiscutivelmente, esses efeitos são ainda maiores quando a pessoa que morreu por suicídio é jovem ((Brent et al., 1989; Gould, Petrie, Kleinman e Wallenstein, 1994; Gould, Wallenstein e Kleinman, 1990; Gould, Wallenstein, Kleinman, O’Carroll e Mercy, 1990. Os pesquisadores e formuladores de políticas reconhecem que o suicídio é evitável, mas as taxas de suicídio mudaram pouco nos últimos anos.

Conversar com jovens sobre suicídio pode parecer assustador. Muitas pessoas temem que isso cause angústia aumentada ou até leve ao desenvolvimento de pensamentos suicidas ou 'contágio' de suicídio (Bandura, 1977; Gould, 1990; Glaeser, Sacerdote e Scheinkman, 1996). A importância da interação entre pares em suicídios de jovens foi notada por Durkheim ([1897] 1966) há um século e foi apoiada por outros pesquisadores (Gould et al. 1994).

Entretanto, falar sobre suicídio de maneira calma e direta, além de fornecer informações e apoio, é realmente muito importante para ajudar os jovens a gerenciar seus sentimentos e entender o que aconteceu.

É importante ser atencioso e sensível quando você fala com jovens sobre suicídio. O objetivo é limitar o impacto prejudicial da morte e promover estratégias positivas de enfrentamento e boa saúde mental. Abaixo estão alguns fatores importantes a serem lembrados.

#### 1. Forneça informações precisas sobre por que as pessoas se suicidam

O suicídio é um comportamento complexo causado por uma série de fatores e raramente é o resultado de um único evento ou problema. Muitas pessoas que cometem suicídio estavam enfrentando dificuldades de saúde mental, como depressão no momento de sua morte (Arató, Demeter, Rihmer e Somogy, 1988; Barraclough, Bunh, Nelson e Sainsbury, 1974; Dorpat y Ripley, 1960; Rich, Ricketts, Fowler e Young, 1988; Nieto e Vieta, 1997). Essa doença pode fazer com que as pessoas se sintam sem esperança e impactar sua capacidade de pensar com clareza e racionalidade (Beck, Steer e Ranieri (1988). Fornecer informações sobre o vínculo entre doença mental e suicídio pode incentivar as pessoas a procurar ajuda para si ou para os outros, o que diminuir o risco de suicídio (Beck, Rush e Shaw, 1979).

#### 2. Evite culpar

Os jovens geralmente querem respostas sobre por que ocorreu um suicídio, e isso pode levá-los a culpar a morte por um evento ou pessoa em particular. Explique que o suicídio não é simples e geralmente é o resultado de uma série de fatores contribuintes. Isso pode reduzir a probabilidade de ocorrência de culpas ou bodes expiatórios.

#### 3. Não se concentre no método de suicídio

Evite falar graficamente ou em detalhes sobre como a pessoa morreu. Descrições detalhadas da morte podem ser esmagadoras e angustiantes e podem aumentar o risco de imitação por jovens vulneráveis. Mantenha o foco em como gerenciar as emoções provocadas pela morte da pessoa e longe de detalhes de como alguém morreu.

#### 4. Aborde sentimentos como raiva e responsabilidade

Garanta que uma série de respostas após um suicídio seja normal. Os jovens podem sentir raiva da pessoa que morreu ou sentir que poderiam ter impedido a morte de alguma forma. Tais sentimentos podem levar ao aumento de confusão e angústia. Tranquelize-os de que eles não são os culpados e que sentir raiva não significa que eles não se importam com a pessoa. Normalizar esses sentimentos e permitir que os jovens falem através de suas respostas emocionais pode ajudar no processo de luto.

#### 5. Incentivar a procura de ajuda

Se um jovem encontrar a si próprio ou a um amigo sobrecarregado, incapaz de lidar ou desenvolver pensamentos suicidas, incentive-o a procurar ajuda. Deixe-os saber quais são suas opções de suporte. Isso permitirá que eles escolham uma pessoa com quem se sintam confortáveis e aumentem a probabilidade de procurar ajuda. As opções de suporte podem ser pais ou adultos de confiança, como professor, conselheiro escolar ou médico de família.

#### 6. Pergunte sobre pensamentos suicidas

Se você está preocupado com o risco de suicídio de um jovem, é importante conversar com eles diretamente sobre suas preocupações de maneira calma e sem julgamentos (Overholser, 2012: 349-361). Pode ser desconfortável perguntar a alguém diretamente sobre pensamentos ou planos suicidas, mas é necessário verificar se uma pessoa está em risco e quão iminente é esse risco. Fazer perguntas diretamente também pode ser um grande alívio para um jovem que luta com pensamentos suicidas. Isso lhes dá permissão para falar abertamente sobre como estão se sentindo e a oportunidade de obter apoio. Se você acredita que um jovem corre o risco de se suicidar, deve procurar apoio profissional do serviço de saúde mental local ou do departamento de emergência e manter o jovem seguro até a chegada da ajuda. Remova todos os meios de suicídio disponíveis a eles nas imediações, como medicamentos ou armas. Fique com ele (ou providencie supervisão) até que possam ser vistos e avaliados (Beautrais, 2005). Outra das causas em ascensão nos últimos anos é o *bullying*. De facto, em relação a esse problema na União Europeia, estima-se que cerca de 24 milhões de crianças e jovens sofram com isso a cada ano, o que significa que sete em cada dez sofrem algum tipo de assédio ou intimidação, verbal, física ou através de novas tecnologias de comunicação (Cross, Piggan, Douglas e Vonkaenel-Falst, 2012). Não é de surpreender que, embora o assédio mais frequente seja o abuso tradicional no centro educacional, ele está sendo deslocado por novos aspectos, como o *bullying* eletrônico (espalhado principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido, Espanha, França,

Holanda, Rússia e Portugal) e sexting, ou a disseminação de imagens ou vídeos com alto conteúdo erótico com o objetivo de humilhar a vítima.

No caso do *cyberbullying*, são os alunos cujos pais têm um nível cultural baixo ou habilidades precárias na Internet, estudantes com algum tipo de deficiência e aqueles pertencentes a minorias étnicas que são mais vulneráveis ao *cyberbullying* (Cross et al., 2012). A generalização e o fácil acesso a essas novas formas de comunicação, juntamente com a expansão massiva de redes sociais como Facebook ou WhatsApp, permitem a disseminação de conteúdo vexatório. Consideramos que seu potencial como arma de abuso reside, entre as razões apontadas, em sua possibilidade de anonimato, que permite ao agressor ocultar sua identidade, dificultando as possibilidades de intervenção para interromper esse tipo de comportamento. Essas formas de abuso geram pressão, às vezes intolerável, vendo os jovens em suicídio como a única alternativa de fuga possível. Outras fontes sugerem que desde o início da crise em 2008, o número de suicídios na população jovem aumentou exponencialmente, talvez devido às altas taxas de desemprego e à falta de oportunidades de emprego.

De qualquer forma, sempre há um fator precipitante e não é sempre que eles alertam alguém em seu ambiente sobre suas intenções. A natureza essencial, imediata, funcional e onipresente das novas tecnologias transformou nossos estilos e práticas de vida, embora a um ritmo tão acelerado que gera confusão e ignorância sobre seu uso e os direitos de seus usuários, tornando o *cyberbullying* um tipo de maus-tratos cada vez mais difundidos. Dado que nossos dados são compartilhados pela rede, em caso de não tomar as medidas de segurança pertinentes, eles são acessíveis a qualquer pessoa, bem como informações de todos os tipos que chegam até nós sem nenhum filtro. Os menores são especialmente vulneráveis às possíveis consequências negativas da perda de privacidade, destacando o mau uso das redes sociais por menores e as políticas de privacidade que eles oferecem.

O termo abrangeria práticas e atitudes amplas, como insultos nas redes sociais, mensagens de texto cruéis ou vídeos no *YouTube* ridicularizando a vítima. As raparigas são mais vulneráveis ao suicídio nesses tipos de situações. Dados os problemas que estão sendo tratados, é essencial que a administração estabeleça um compromisso com relação ao estabelecimento e aplicação de um plano de ação coordenado. Em 1999, a Organização Mundial da Saúde lançou o Programa SUPRE (sigla para Prevenção ao Suicídio) como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio e, desde então, surgiram várias publicações informativas que visam especificamente os setores envolvidos na prevenção, como profissionais de saúde, educadores, governos, famílias e comunidades. Nesse sentido, o Conselho da Europa está trabalhando para exigir um maior envolvimento da pesquisa científica, da educação nas escolas e dos centros de saúde, tornando-o uma prioridade política e principalmente aumentando o papel da pre-

venção, estabelecendo-se com o A controvérsia sobre o que é conhecido como “efeito Werther”, isto é, o efeito imitativo de certas notícias trágicas, é informação.

Falando sobre Portugal, o Sistema de Saúde Português (PHS) é composto por três setores complementares: 1) o Serviço Nacional de Saúde (NHS), cujas funções são financiamento, regulamentação, gestão de serviços e prestação de cuidados de saúde; 2) o setor social e o setor privado, que prestam assistência à saúde; e 3) subsistemas de seguro público e privado, que tratam de financiamento e prestação de serviços de saúde (SIMÕES et al., 2017). A Atenção Primária à Saúde tornou-se a principal empresa do NHS. Nas últimas décadas, foram realizadas reformas que trouxeram grandes mudanças organizacionais. A partir de 2006, foram criadas as Unidades de Saúde da Família (USF), pequenas equipes multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia operacional e técnica própria e sujeitas a um sistema contratual de emprego básico, com meios diagnósticos descentralizados e um sistema de benefícios para facilitar grandes produtividades, acessibilidade e qualidade.

Também foram criados os Grupos de Saúde do Centro (HCG), entidades organizacionais e gerenciais acima das USF que também incluíam as antigas estruturas de atenção primária à saúde, agora designadas como Unidades de Saúde Personalizadas (UBS). A distribuição é muito assimétrica, revelando desigualdades geográficas em termos de acesso a esses serviços, com eventual impacto no nível de equidade em saúde (SANTANA e FERREIRA, 2016). A saúde mental é uma parte essencial e indivisível da saúde e bem-estar geral do indivíduo (Patel et al., 2010). No entanto, as doenças mentais são atualmente uma das principais causas de incapacidade e de maiores taxas de morbimortalidade em todo o mundo, com a mortalidade por suicídio como uma das dez principais causas de morte (OMS, 2011). Tradicionalmente, Portugal é um dos países com a menor taxa de suicídios na Europa (Gusmão e Quintão, 2013). No entanto, de acordo com Fountoulakis et al. (2014, p. 3), é o único “país que não testemunhou uma clara redução na taxa de suicídio entre 2000 e 2011”.

## CONCLUSÕES

Sendo certo que é ainda precoce apresentar resultados mais conclusivos sobre este projeto, que se encontra em fase de concretização, e mais agora, com todas as contingências a que esta situação atípica de pandemia nos obrigou, é já possível compreender que os alunos estão a usar este trabalho como oportunidade para se olharem uns aos outros de uma forma mais engajada com a responsabilidade de se autoanalisarem e de ajudarem os seus colegas cujos comportamentos indiciam ou evidenciam estas práticas de risco, no sentido de os encaminhar para as entidades competentes para os ajudar.

É certo, desde já, que se está a criar uma consciência mais plena para uma cidadania mais atenta ao que se passa em contexto escolar e que exige de todos, alunos e professores, um papel menos passivo, e mais construtivo na reflexão, prevenção e apoio aos jovens na escola, de uma forma mais pluridisciplinar, dentro e fora do contexto educativo.

Foi já possível compreender como o consumo de substâncias estupefacientes se consolidou em contexto escolar, funcionando como um fator de perturbação nas atividades relacionais e emocionais dos jovens estudantes.

Da discussão feita até ao momento, foi igualmente possível aferir que os consumos se articulam com um conjunto de problemas familiares, sociais, laborais e judiciais, com grande prejuízo para os adolescentes.

Constatamos, igualmente, que a perda de figuras parentais, seja por divórcio ou separação, seja por falecimento, não está distanciada dos casos mais graves de comportamentos suicidários.

Como sugestão para trabalhos futuros, pese embora estar este projeto ainda numa fase muito embrionária, apontamos, desde já, algumas áreas que nos parecem importantes para uma melhor compreensão desta problemática:

- o estudo dos laços parentais, o qual parece ter um papel importante numa posterior relação privilegiada com comportamentos de risco.
- o estudo da dinâmica familiar nas famílias monoparentais, que deveriam beneficiar desde cedo de uma intervenção precoce, por parte de profissionais de saúde e educação, dado que muitos dos sintomas que levarão a situações de risco surgem logo na infância.
- o estudo das características específicas do desenvolvimento da capacidade simbólica nos indivíduos, com maior propensão para a adesão a comportamentos de risco.

## NOTAS

“Acabava tudo em pizza” é uma expressão mais comum quando alguém faz uma crítica do foro político, mas na verdade, ela trata de aludir ao que sucede quando algo errado é resolvido sem que ninguém seja punido. Este termo surgiu no Brasil, através do futebol. Na década de 60, alguns cartolas palmeirenses reuniram-se para resolver alguns problemas e, porque tardaram catorze horas seguidas de brigas e discussões, ficaram com fome. Então, todos foram a uma pizzeria, beberam cerveja e pediram dezoito pizzas grandes. Depois disso, foram para casa e a paz reinou absolutamente. Depois desse episódio, Milton Peruzzi, que trabalhava na Gazeta Esportiva, fez uma

manchete: “Crise do Palmeiras termina em pizza”. Daí em diante o termo tornou-se famoso.

<https://ressurreicao.com/index.php/atualidades/mundo/cotidiano/pensamentos-curiosidades/31-ditados-populares>

## REFERÊNCIAS

- Agerbo, E., Sterne, J. A., y Gunnell, D. J. (2007). Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science & Medicine*, 64(2), 451-461. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.043>.
- Apav, n/d. Legislação. [https://apav.pt/apav\\_v3/index.php/pt/legislacao](https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/legislacao).
- Bilsker, D., y White, J. (2001). The silent epidemic of male suicide. *British Columbia Medical Journal*, 53(10), 529-534.
- Arató, M., Demeter, E., Rihmer, Z., y Somogy, E. (1988). Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 454-456.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barraclough, B., Bunh, J., Nelson, B., y Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Beautrais, A. L. (2005). *Suicide prevention: A review of evidence of risk and protective factors and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., y Gary, E. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Biblioteca de Psicología Desclee De Brower S.A.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C., y Madland, T. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 148, 1195-1199.
- Bertolote, J. M., (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview, 1959-2000. En D D. Wasserman (ed.), *Suicide - an unnecessary death* (pp. 3-10). London: Dunitz.
- Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens escolares: Um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M. E., y Allan, M. J. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in high school. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 918-924.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., y Roth, C. (1993). Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *American Journal of Diseases of Children*, 147, 1066-1071.
- Catone, W. V., y Schatz, M. T. (1991). The crisis moment: A school's response to the event of suicide. *School Psychology International*, 12, 17-23.

- Chang, S-S., Sterne, J. A. C., Wheeler, B. W., Lu, T.-H., Lin, J.-J., y Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health & Place*, 17, 641-650. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.01.003>.
- Costa, F. S., Silva, J. A. P., Vieira, D. N., y Cortesão, M. C. (1987). Suicídio: Contributo medicolegal. *Psiquiatria clínica*, 8, 63-69.
- Cross, E. J., Piggan, R., Douglas, T., y Vonkaenel-Faltt, J. (2012). *Virtual Violence II: Progress and Challenges in the Fight against Cyberbullying*. London: Beatbullying.
- Derek Cheung, Y. T. Spittal, M. J., Williamson, Tung, S. J., y Pirikis, J. (2014). Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004–2008. *Social Science & Medicine*, 118, 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.005>
- Diez Roux, A. V., y Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1186, 125-145, <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Dorpat, T. L., y Ripley, H. S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 349–359.
- Durkheim, E. [1897] (1966). *Suicide*. New York: Macmillan.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *J. Urban Health*, 80, 536-555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Fountoulakis, K., et al. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000–2011. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 486-496. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147454>
- Glaeser, E., Sacerdote, B., y Scheinkman, J. (1996). Crime and social interactions. *Quarterly Journal of Economics*, 111, 507–48.
- Gould, M. S. (1990). Suicide clusters and media exposure. En S. J. Blumenthal y D. J. Kupfer (eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 517-532). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., y Kleinman, M. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *American Journal of Epidemiology*, 131, 71-78.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P., y Mercy, J. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80, 211-212.
- Gould, M., Petrie, K., Kleinman, M. H., y Wallenstein, S. (1994). Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1185–89.
- Gusmão, R., y Quintão, S. (2013). Suicide and death resulting from events of undetermined intent register in Portugal. Revisiting “The truth about suicide”, 20 years later. *Portugal Health by Numbers*, 1, 80-95.
- Hegerl, U., Wittenburg, L., y the EAAD Consortium. (2009). The European Alliance Against Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatric Services*, 6, 596-599.
- Matarazzo, J. D. (1983). Graduate education in health psychology, behavioral immunogens, and behavioral pathogens. *Health Psychology*, 2 (5), 53- 62.
- McIntosh, J. L., y Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 82-93.
- Nieto, E., y Vieta, E. (1997). La conducta suicida en los trastornos bipolares. En E. Vieta y C. Gastó (Eds.), *Trastornos bipolares* (pp. 318-336). Barcelona: Springer VerlagIbérica.
- Overholser, J. C., Braden A., y Dieter L. (2012). Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol*, 68, 349-361. <https://doi.org/10.1002/jclp.20859>
- Patel, V. et al. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. En A. Blas y A. S. Kurup (eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (115-134). Ginebra.
- Peixoto, B., Saraiva, C., y Sampaio, D. (Coords.). (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Pereira, H., Monteiro, P., Esgalhado, G., Cunha, A., y Leal, I. (eds.) (2020). *13º Congresso nacional de psicologia da saúde. Melhorar o bem-estar global através da psicologia da saúde*. Lisboa: Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Phillips, J. A. (2014). A changing epidemiology of suicide? The influence of birth cohorts on suicide rates in the United States. *Soc. Sci. Med.*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.038>
- Rich, C. I., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., y Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.
- Shim, R., Koplan, C., Langheim, F. J. P., Manseau, M. W., Powers, R. A., y Compton, M. T. (2014). The social determinants of mental health: An overview and call to action. *Psychiatric Annals*, 44(1), 22-26. <https://doi.org/10.3928/00485713-20140108-04>
- Santana P., y Ferreira P. (2017), Equidade em saúde. O papel das condições socioeconómicas e dos cuidados de saúde primários. En F. Cravidao, L. Cunha, P. Santana y N. Santos (eds.), *Espaços e tempos da geografia. Homenagem a António Gama*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Wasserman D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz.
- Simões J., Augusto, G., Fronteira, I. E., y Hernandez-Quevedo, C., (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184.
- Teixeira, M. n/d. Ditados e Expressões Populares. Poder da ressurreição. <https://ressurreicao.com/index.php/atualidades/mundo/cotidiano/pensamentoscuriosidades/31-ditados-populares>.
- Van Dongen, C. J. (1991). Experiences of family members after a suicide. *Journal of Family Practice*, 33, 375-380.
- Värnik, A. et al (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among young aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113, 216-226.
- Wagner, K. G., y Calhoun, L. G. (1992). Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks. *Omega. Journal of Death and Dying*, 24, 61-73.
- WHO (2008). Closing the Gap in a Generation, Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *Global Public Health*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.514617>
- WHO (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf?ua=1)
- WHO (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

**06 Salud y duelo en el proceso migratorio**

## Health and grief in the migratory process

Marta Niño Fuentes

[✉ martanene68@hotmail.com](mailto:martanene68@hotmail.com)

Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)

Fecha de Recepción: 23/04/2020

Fecha de Revisión: 23/04/2020

Fecha de Aceptación: 26/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.06>**RESUMEN**

El proceso migratorio conlleva una serie de factores de riesgo que derivan en la reproducción de problemas de salud y que están en íntima relación con el duelo migratorio. Desde el ámbito de la Educación Social es importante incidir en este tipo de carencias y adaptar actuaciones transversales que se correspondan con verdaderas iniciativas de Educación Emocional, dándole el reconocimiento a la profesión y dejando de lado el intrusismo laboral que en ocasiones queda relevado a figuras profesionales como son: médicos/as y psicólogos/as. Esto se convierte en un reto que debe ser trabajado por y para el bienestar emocional y social de la persona que ingresa en cualquier tipo institución. Con esta investigación se pretende evidenciar las carencias dentro del ámbito de intervención social con personas inmigrantes, así como observar el verdadero impacto que tiene el proceso migratorio en estas personas, capaz de desarrollar verdaderos problemas de salud mental. El colectivo seleccionado se corresponde con personas refugiadas dentro de la Primera Fase de Acogida de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (Sevilla). La muestra queda acotada en un total de 10 personas, 5 profesionales que trabajan en la institución anteriormente mencionada y 5 usuarios/as de ésta. La metodología se compone de entrevistas semiestructuradas, observaciones participantes durante el período de prácticas universitarias y del desarrollo de un análisis documental acorde con el problema de investigación. La recogida de toda la información pertinente para nuestra investigación, nos hace conscientes de que, dentro de la Primera Fase de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, existen carencias a la hora de trabajar con la Salud y el Duelo en el Proceso Migratorio.

**Palabras clave:** migraciones, salud, duelo, educación emocional.

**ABSTRACT**

The migratory process involves a series of risk factors that give rise to the recurrence of health problems and that are closely related to migratory grief. From the field of Social Education, it is important to stress in this type of shortages and to adapt transversal actions, which correspond to real initiatives of Emotional Education, giving recognition to the profession and leaving the professional encroachment

aside. This professional encroachment is revealed when Social Educators are relieved to professional figures such as: doctors and psychologists. This fact is a challenge that must be worked for the emotional and social well-being of the person who arrives at any type of institution. This research aims to show the deficiencies within the scope of social intervention with immigrants, as well as to study the true impact that the migratory process has on these people, who can develop real mental health problems. The group selected corresponds to First Reception Phase refugees of the Spanish Commission for Refugee Aid (CEAR) (Seville). The sample includes a total of 10 persons, 5 professionals who work in the aforementioned institution (CEAR); and 5 users of it. The methodology consists of semi-structured interviews, participant observations during the period of university internship and the development of a documentary analysis according to the research problem. The collection of all the information relevant to our investigation revealed that in the First Phase of the Spanish Commission for Refugee Aid, there are failures when working with Health and Grief in the Migratory Process.

**Key words:** migrations, health, grief, emotional education.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación nace con el propósito de analizar, verificar y complementar los estudios ya realizados sobre la temática de Salud y Duelo en el Proceso Migratorio. A pesar del gran aumento de personas inmigrantes que se viene dando en España, no son muchos los estudios realizados sobre la temática en cuestión. Todo esto surge por iniciativa propia durante la realización de unas prácticas universitarias en la Primera Fase de Acogida de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, Sevilla).

La muestra acotada para esta investigación, se corresponde con 10 personas (5 usuarios/as de CEAR y 5 profesionales que trabajan en esta entidad), siendo significativa para la magnitud de profesionales y personas inmigrantes/ refugiadas que llegan a esta institución concreta.

De esta manera, en nuestra metodología, hemos utilizado la técnica de la triangulación, con la que hemos podido cotejar y contrastar los datos correspondientes a las entrevistas semiestructuradas, a la observación participante y al análisis documental, así como, comparar la información aportada tanto por los/as profesionales, como por los/as destinatarios/as de la entidad. Asimismo, hemos podido llegar a conclusiones más profundas sobre la temática en cuestión.

Analizar la relación entre salud e inmigración en CEAR Sevilla (refiriéndonos a la Primera Fase de Acogida Temporal) es el objetivo general de este artículo de in-

vestigación. Así pues, los objetivos específicos que derivamos del anteriormente establecido como general, son: sondear los casos de duelo migratorio existentes en CEAR Sevilla; describir los síntomas que presentan las personas inmigrantes que llegan a CEAR Sevilla; profundizar en la situación de las personas refugiadas en comparación con los inmigrantes económicos de CEAR Sevilla y, analizar el grado de conocimiento que poseen los/as profesionales que trabajan en CEAR Sevilla sobre la salud y el duelo migratorio.

A raíz de los objetivos establecidos, se desarrolla un problema de investigación con su correspondiente hipótesis. De esta manera, el problema que planteamos es, si existe relación entre las personas inmigrantes (refugiadas) que se encuentran en la Primera Fase de CEAR (Sevilla) y el duelo migratorio. La hipótesis establecida se corresponde con la siguiente pregunta, como es: ¿Las personas inmigrantes (refugiadas) de la Primera Fase de CEAR (Sevilla) presentan síntomas de duelo migratorio?

## Salud e inmigración

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendemos por salud, no sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psíquico y social. En la segunda mitad del siglo XX, se da lugar a un cambio de paradigma en paralelo a los progresos de la medicina y al movimiento en pro de los Derechos Humanos. Así, se produjo una visión más compleja y amplia de la enfermedad, incluyendo a trabajadores/as del ámbito social como parte del personal sanitario, como pueden ser, psicólogos/as, antropólogos/as, trabajadores/as sociales, etc. De esta manera, deja de ser la salud un tema estrictamente sanitario.

Frente al modelo biomédico, Engel (1980), propone un modelo en el que conviven dentro de los estados de la salud y la enfermedad factores de diversa índole, como son: psicológicos, biológicos y sociales, dando lugar a lo que conocemos como el modelo bio-psico-social.

Como explica Boixareu (2016), entendemos por bienestar el sentimiento de vida que hace que la persona se sienta bien y se relacione de manera placentera con su individualidad y su medio social (convivencia).

En la línea de esta autora, la enfermedad tiene tres dimensiones: la psicoorgánica, la subjetiva y la social, conocidas por los términos ingleses como *disease*, *illness* y *sickness* respectivamente. Mientras que *disease* muestra la vulnerabilidad de la persona desde el punto de vista biológico, *illness* muestra la vulnerabilidad personal e individual influenciada por la propia cultura de la persona o el grupo cultural al cual pertenece. En nuestro vocabulario, el término para definir *illness* sería el de padecimiento de una en-



fermedad. Entendemos por *sickness*, aquello que es causa de enfermedad y lo produce la sociedad, así como lo que produce la enfermedad a nivel social. (Boixareu, 2008).

Las personas respondemos de diversas formas ante una misma sintomatología que presenta el cuerpo en diferentes personas, debido a que la cultura es un factor determinante que hay que tener en cuenta. La enfermedad es universal y afecta a todas las personas, pero los síntomas, las teorías explicativas de dicha enfermedad o las maneras de tratar y diagnosticar son desemejantes entre los distintos grupos culturales. Es por ello, que dentro de la dimensión sociocultural de la enfermedad se pone de manifiesto la existencia de conflictos entre los/as demandantes de los servicios y los que prestan estos servicios, debido a que éstos en algunas ocasiones suelen dar lugar a diagnósticos equivocados y, por ende, se pueden desencadenar otros problemas de salud.

Dentro de los trastornos que sufren las personas inmigrantes, es importante diferenciar dos grupos concretos, tal y como se presenta en la [Figura 1](#).

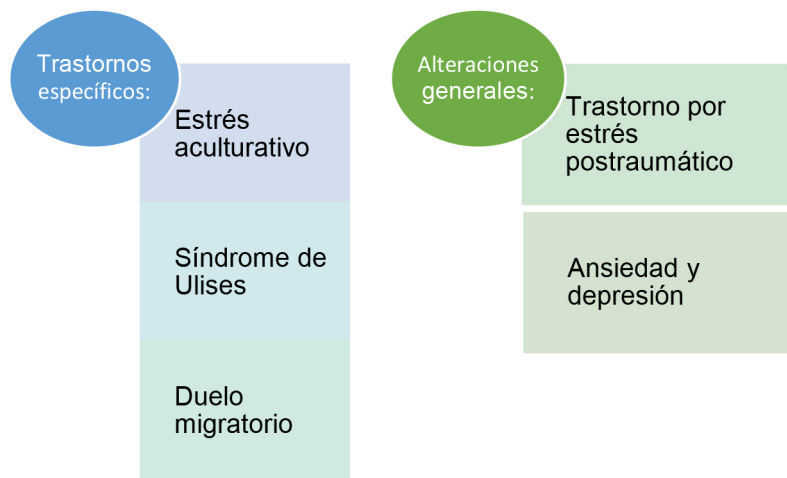


Figura 1. Distinción de trastornos que presentan las personas inmigrantes.

Así, los trastornos presentados en la Figura 1 son específicos de la población inmigrante mientras que, las alteraciones expuestas son generales a toda la población, pero tienen un interés especial en la población inmigrante.

El proceso migratorio da lugar a un impacto psicológico en las personas inmigrantes y uno de ellos es, el estrés aculturativo. Este concepto hace mención a los cambios

producidos en el individuo cuando abandona su estilo de vida, su cultura, su familia, su idioma y todo lo que le une a su país natal y de esta manera, comienza a experimentar una serie de cambios culturales en el nuevo destino que pueden incidir a su estado de salud y dar lugar a trastornos psicosomáticos. Así pues, la inmigración provoca estrés cuando la persona es consciente de que es incapaz de hacer frente a los acontecimientos angustiosos y factores crónicos de ansiedad de la vida diaria. (Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008).

Asimismo, el estrés aculturativo aparece junto con el Síndrome de Ulises, como los principales fenómenos psicológicos de las primeras etapas de la inmigración. De esta manera, la persona inmigrante es frecuente que desarrolle sentimientos como, la soledad, la angustia y el miedo, así como trastornos psicosomáticos. El estrés aculturativo se desarrolla antes que el Síndrome de Ulises. Además, cuando el estrés es tan intenso que supera la capacidad de la persona, éste se convierte en patológico y produce el Síndrome de Ulises o estrés crónico y múltiple (Collazos et al. 2008).

El concepto de estrés aculturativo se produce como consecuencia de los estresores que se dan en el proceso de aculturación, fruto así, de un sumatorio de cambios en la conducta y psicológicos en la persona inmigrante. Los cambios psicológicos se producen en paralelo a una disminución en salud mental, derivando en algunas ocasiones en trastornos depresivos y ansiosos y, en sentimientos de marginalidad, exclusión, incremento de los niveles de trastornos psicosomáticos y confusión de identidad (Berry et al., 1989, citado en Sánchez y López, 2008).

Hernández (2007), establece que no sólo importa la adquisición de nuevos comportamientos y valores por parte de la persona inmigrante, sino que también es relevante que la persona adquiera sentimientos de pertenencia y acogida. Así pues, el objetivo psicológico, se equiparará con la adquisición de una total integración para que se puedan reproducir en la persona, sentimientos de bienestar en su nuevo contexto de referencia.

Achotegui (2012), plantea que emigrar supone un proceso que va dar lugar a unos niveles de estrés tan intensos que son capaces de superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Las personas a las que les ocurre esto, son posibles candidatas para padecer el Síndrome de Ulises, término acuñado por el psiquiatra Joseba Achotegui (profesor de la Universidad de Barcelona).

Achotegui (2006), establece que el Síndrome de Ulises se produce debido a la tensión y miedo que genera llegar a una nueva sociedad desconocida de forma irregular, un ambiente hostil, etc. De esta manera, los síntomas más comunes en las personas inmigrantes, son la ansiedad y la depresión, traducidos en forma de tristeza, llanto,

tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga e incluso llegan a desarrollar enfermedades imaginarias, fruto de la somatización de sus problemas.

Asimismo, Achotegui (2006), establece una serie de estresores que suponen la base psicológica y psicosocial del Síndrome de estrés crónico y múltiple, como son: la soledad y separación forzada en muchas ocasiones; la lucha por la supervivencia y, el miedo. Además de estos estresores, el Síndrome de Ulises afecta en mayor medida a las personas que son inmigrantes ilegales y es más incidente en las mujeres que en los hombres.

En relación al duelo migratorio se configura como un proceso dinámico y activo, y nunca como un estado. Achotegui (2002) consideró que los duelos de la migración se dividen en siete:

- Por separación de familiares y amigos
- Por lengua materna
- Por cultura
- Por tierra
- Por pérdida del status social
- Por pérdida del contacto con el grupo de pertenencia
- Por pérdida de la seguridad física y la existencia de riesgos físicos

Respecto al Trastorno por Estrés Postraumático, Fuertes y Laso (2006), establecen que, a los ya mencionados problemas de la inmigración, se les añaden nuevas dificultades, como pueden ser: acontecimientos que le han podido suceder a la persona inmigrante, condiciones acaecidas durante el desplazamiento desde su lugar de origen, etc. Todo lo mencionado, hace que el Trastorno por Estrés Postraumático se considere frecuente entre los/as inmigrantes, sobre todo en aquellas personas que son refugiadas.

Vega Pascual (1996) sostiene que el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se enmarca en los trastornos de ansiedad y tiene origen cuando nos exponemos a alguna situación de extrema ansiedad. Los problemas psicológicos/trastornos en las personas inmigrantes pueden aparecer después de varios meses e incluso años desde la llegada a su nuevo contexto de referencia. De esta manera, de problemas aparentemente insignificantes relacionados con la adaptación, se vuelven detonantes para provocar crisis y hacer que renazcan trastornos psicológicos propios de las personas refugiadas, ligados con sus anteriores experiencias traumáticas no superadas.

Mangado, Muelas y Suárez (2005), establecen que los trastornos por ansiedad y depresión se relacionan con los procesos de adaptación/integración y las dificultades

del ambiente ligadas a la emigración, asociados con frecuencia a síntomas de somatización. Además, Mangado et al. (2005), establece algunos de los síntomas tanto de la depresión como de la ansiedad:

- Síntomas de la depresión: dificultad para subir o bajar peso, para concentrarse, insomnio, apatía, sensación de desesperación, sentimiento de inutilidad o culpa y pensamientos suicidas.
- Síntomas de la ansiedad: estado de alerta permanente, aumento del pulso, sensación de inquietud o agitación, sueño alterado, sudor, irritabilidad, mareo, presión en el pecho, nervios, temblores, etc.

Asimismo, al menos la mitad de las personas inmigrantes desarrolla enfermedades mentales, como la depresión o la ansiedad, a la fecha aproximada de tres años después de llegar a España. Así pues, duplica la cifra de personas españolas que sufren estas patologías.

## OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general es: Analizar la relación entre salud e inmigración en CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).

Los objetivos específicos se identifican con:

- OE1: Sondar los casos de duelo migratorio existentes en CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE2: Describir los síntomas que presentan las personas inmigrantes que llegan a CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE3: Profundizar en la situación de las personas refugiadas en comparación con los inmigrantes económicos de CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).
- OE4: Analizar el grado de conocimiento que poseen los/as profesionales que trabajan en CEAR Sevilla (Primera Fase) sobre la salud y el duelo migratorio.

## METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Según Monje (2011), la metodología cualitativa se interesa por captar la realidad social, de esta manera, el/la investigador/a parte de la percepción que tiene el sujeto de su propio entorno. Las técnicas cualitativas utilizadas serán la entrevista semiestructurada, la observación participante y el análisis documental, utilizando

como instrumento un guion de entrevista, la recopilación del diario de campo, y la construcción de un marco teórico en torno al tema de investigación establecido.

Para la entrevista semiestructurada se prepara un guion temático por parte del investigador/a para que el/la entrevistado/a comente el asunto concreto (objeto de estudio), aunque éste/a puede comentar también otros aspectos. Las preguntas que se realizan en este tipo de entrevistas son previamente planificadas, pero se da margen por si surgen otras nuevas durante el transcurso de la entrevista. Asimismo, ésta nos permite evitar una variabilidad en las respuestas, para poder dirigir el discurso en el caso de que este se desvíe en la consecución de los objetivos. Permitiendo obtener respuestas menos condicionadas de las preguntas, en el caso de que se utilizara, por ejemplo, una entrevista altamente estructurada.

Las entrevistas han tenido lugar durante nuestro periodo de estancia en prácticas en la Primera Fase de Acogida Temporal en la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, concretamente durante los días 2 y 3 de abril de 2019. Asimismo, las personas entrevistadas han sido acotadas en una muestra de 5 profesionales que trabajan dentro de esta Primera Fase y 5 personas usuarias dentro de esta entidad, realizándose las entrevistas los días 2 y 3 de abril, respectivamente. Tanto los nombres de los/as profesionales como el de las personas usuarias no se pueden dejar reflejado debido a que el tratamiento de los datos podría ser utilizado en su contra, así, se guardará el anonimato de éstas. De esta manera, creemos que la muestra seleccionada es significativa para nuestra investigación debido a que dentro de la primera Fase de Acogida Temporal sólo trabajan 8 personas y el coordinador de esta. Las personas usuarias están en continuo cambio, sin establecerse más de seis meses dentro de esta misma fase, por lo que también vemos significativa la muestra.

En referencia, a la otra técnica que se ha llevado a cabo durante los siete meses de prácticas universitarias dentro de la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), ha sido la observación participante mediante un instrumento de recopilación de datos, como es, el diario de campo.

La observación participante, es entendida por Sierra Bravo (1984) como el estudio que realiza el investigador/a de cosas o hechos de interés social que suceden, tal y como son y tienen lugar espontáneamente utilizando para ello sus propios sentidos con o sin ayuda de aparatos técnicos. Durante nuestro periodo de prácticas en el centro hemos podido poner en práctica esta técnica observando y participando día a día en el trabajo del centro, lo que nos permite tener un mayor conocimiento tanto de las características de las personas usuarias como de las diferentes formas de trabajar y actuar que tienen los/as diferentes profesionales en referencia a nuestro objeto de estudio.

El instrumento utilizado para poder llevar a cabo esta técnica y registrar la información recogida ha sido el diario de campo o cuaderno de notas, definido tal y como afirman Bonilla y Rodríguez (como se citó en Martínez.L. 2007): “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo” (pg.77).

La última técnica que hemos utilizado se corresponde con el análisis documental. Según López Yepes (como se citó en García, 1993) se entiende como la ciencia general que tiene como objetivo el estudio del proceso de comunicación de las distintas fuentes documentales para dar lugar a un nuevo conocimiento. De esta manera, de ellas se extrae la información ya recabada en distintas fuentes secundarias, y donde no se establece un contacto directo con los sujetos de estudio.

Una vez que se han establecido todas las técnicas utilizadas, es necesario incidir en la triangulación de éstas, dado que, en todo momento se conectarán los resultados recabados de las entrevistas semiestructuradas, de la observación participante y del análisis documental, para darle rigor y firmeza a nuestra investigación y para poner en constante concordancia todos los datos que se hayan extraído. Así, la triangulación supone, la combinación de dos o más teorías, métodos de investigación y fuentes de datos dentro del estudio de un fenómeno concreto (Denzin, 2017).

En referencia a la temporalización de cada fase de la investigación se ha establecido la [Tabla 1](#), en la que se indica, los números de las fases, las actuaciones que se han llevado a cabo dentro de éstas y los meses que han abarcado cada una de ellas.

### Tratamiento de los datos

Una vez que hemos descrito la naturaleza y la metodología de nuestra investigación, vamos a proceder al tratamiento de los datos aportados en las entrevistas, así como, los extraídos mediante la observación participante.

Como hemos comentado con anterioridad, las entrevistas fueron llevadas a cabo en la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR, y los/as entrevistados en cuestión fueron: una muestra significativa de cinco personas profesionales dentro de la entidad y cinco personas usuarias de la misma. Asimismo, procedemos a aportar los resultados que se extrajeron de las entrevistas.

**Tabla 1***Temporalización de cada fase del proyecto de investigación*

FASES	ACTUACIONES	MESES (2018/2019)
Primera: Marco teórico.	Elaboración del marco teórico.	-Septiembre. -Octubre. -Noviembre. -Diciembre. -Enero.
	Formulación de objetivos y problema de investigación.	
	Elección de técnicas.	-Febrero.
Segunda: Metodología.	Elaboración de los instrumentos.	-Marzo.
	Recopilación de los datos (entrevistas y observaciones).	-Abril.
	Tratamiento de los datos.	
Tercera: Resultados y conclusiones	Elaboración de los resultados y de las conclusiones.	-Mayo.

- Profesionales que trabajan dentro de la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla):

Dos personas son Técnicos/as de Acogida, dos son Técnicos/as de Integración Social y una de las personas entrevistadas es el Coordinador de la Primera Fase de Acogida Temporal de CEAR (Sevilla). En referencia al tiempo que han trabajado con el colectivo de personas migrantes, tres de las personas oscilan en el intervalo de entre cinco a dos años, mientras las dos restantes llevan meses de experiencia profesional con este colectivo.

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden con que las preocupaciones más destacadas dentro de las personas migrantes son: la inseguridad y la incertidumbre debido a su proceso migratorio, la búsqueda de empleo, la barrera idiomática y el no poder enviar dinero a sus familias. Además, la mayoría también identifica que los principales problemas con los que se encuentran las personas migrantes en su nuevo contexto de referencia son el racismo, el choque cultural y la desmotivación por no cumplir con las expectativas previstas. Otros problemas también mencionados son: las restricciones de los programas del Ministerio, la falta de empoderamiento de las personas usuarias, el propio sufrimiento causado por el duelo migratorio y la barrera idiomática.

El tiempo dedicado al contacto directo con las personas usuarias se traduce de esta manera, los/as Técnicas de Acogida los ven como mínimo una vez por semana, mien-

tras que los/as Técnicos/as de Integración Social suelen ver a las personas usuarias durante toda la semana. Sin embargo, el Coordinador de la Primera Fase de Acogida Temporal no ve a los/as usuarios/as con frecuencia.

En referencia al concepto de duelo migratorio, la gran parte de las personas entrevistadas están familiarizadas con el término, es sólo una de ellas quien refiere no conocer mucho el concepto. Además, las cinco personas entrevistadas responden positivamente a que los/as usuarios/as suelen presentar algunos de los trastornos propios de las personas migrantes. Sin embargo, sólo dos de las personas entrevistadas refieren que el trastorno más común que presentan las personas migrantes es el denominado Síndrome de Ulises, mientras que el resto de entrevistados/as no saben contestar a la pregunta formulada. Son tres de los/as profesionales entrevistados/as los/as que indican que la proporción de presentar algún trastorno se identifica con la mayoría de las personas usuarias, las otras dos personas no saben responder a lo que se les ha cuestionado en esta ocasión.

La mayoría de las personas entrevistadas responden que el duelo migratorio que presentan las personas usuarias suele trabajarse en el departamento de psicología por derivación de los/as propios/as profesionales entrevistados/as, ya que refieren no estar formados/as para abordar el duelo migratorio, sólo una persona responde que puede estar preparado pero que la formación la ha recibido por iniciativa personal.

La última pregunta hace referencia a las principales dificultades encontradas a la hora de trabajar dentro de la entidad. Así, tres de las personas entrevistadas identifican el problema en los continuos cambios de Programas y las exigencias que impone el Ministerio. Las dos personas restantes creen que las verdaderas dificultades residen en la falta de tiempo, la escasez de recursos y la abundante carga de trabajo a la que están sometidas los/as profesionales que trabajan dentro de la entidad en cuestión.

- Personas usuarias dentro de la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla):

Las personas usuarias que hemos seleccionado para nuestra muestra están compensadas en género y en nacionalidad, ya que creemos que existirá mayor enriquecimiento con la diversidad de estas.

Las razones que obligaron a abandonar el país de origen a las personas entrevistadas fueron: políticas, problemas familiares y razones bélicas. Una de las personas entrevistadas es una mujer marroquí que fue obligada a abandonar su país de origen debido a la situación de violencia de género ejercida por parte de su marido, así como los problemas de salud de su hijo pequeño.

La mayoría de las personas entrevistadas refieren tener poco contacto con las personas que se encuentran en su país de origen. Además, responden que lo que más añoran de sus antiguos contextos es a las personas en general (amistades, familias, etc.). También se mencionan aspectos como la cultura, el medio ambiente...

En referencia a la adaptación/integración en sus nuevos contextos de referencia, la gran parte de las personas usuarias responden que sí se encuentran adaptados, aunque es cierto que algunos/as de los/as entrevistados aportan matices a esta pregunta. Formulan, además, que las principales preocupaciones que tienen en estos momentos son generar ingresos y conseguir trabajo, así como preocupaciones referidas al propio proceso migratorio y problemas personales en su lugar de origen.

Todos/as los/as entrevistados/as en su totalidad refieren no comunicar sus problemas a nadie. Así, los problemas mencionados se relacionan con el racismo, la falta de trabajo, la obtención de una vivienda digna, la carencia de ingresos propios. Sólo una de las personas entrevistadas refiere no tener problemas dentro de su nuevo contexto de referencia.

Tres de las personas entrevistadas, responden que suelen acudir con frecuencia al centro de salud, mientras que las dos restantes responden negativamente a esta cuestión. El listado de los síntomas que suelen sentir las personas migrantes que han respondido a las entrevistas son: dolores de cabeza, insomnio, irritación, pérdida de memoria y de objetos, falta de atención, pérdida de apetito, dolor de estómago y fatigas. Además, la mayoría de las personas usuarias responden que las causas de sufrir los síntomas mencionados con anterioridad suelen ser: las frecuentes preocupaciones y la inestabilidad emocional.

Asimismo, todos/as los/as entrevistados/as en su totalidad refieren haber acudido al servicio de atención psicológica pero la mayoría de ellos/as responden que este servicio no les ha servido de mucha ayuda.

La última pregunta hace referencia a las ganas que tienen de seguir formando una vida en Sevilla o en cualquier otro lugar, a la que la mayoría de las personas responden positivamente.

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En el análisis documental se establecieron dos tipos de trastornos o alteraciones: por un lado, los trastornos específicos propios de las personas inmigrantes como son, el estrés aculturativo, el Síndrome de Ulises y el duelo migratorio, y por otro

lado las alteraciones generales de cualquier persona de la población, pero frecuentes a desarrollar dentro de la población inmigrante, así como, el Trastorno por Estrés Postraumático y la ansiedad y, la depresión.

Asimismo, hemos comprobado o podemos derivar con muchas certezas que las personas que constituyen el objeto de estudio de nuestra investigación, poseen algunas de las alteraciones/trastornos mencionadas con anterioridad, debido a que, en las preguntas referidas a la temática, mencionan poseer: dolores de cabeza, insomnio, irritación, pérdida de memoria y de objetos, falta de atención, pérdida de apetito, dolor de estómago, fatigas... Además, estas personas establecen que estos síntomas se dan por las frecuentes preocupaciones e inestabilidad emocional desarrollada en su nuevo contexto de referencia.

Para respaldar esta investigación, no sólo las personas usuarias de la Primera Fase de CEAR refieren presentar dichas alteraciones, sino que los/as profesionales que hemos entrevistado para la elaboración del presente trabajo, argumentan positivamente que las personas inmigrantes suelen presentar trastornos que guardan íntima relación con el duelo migratorio.

Sumado a todo esto, no podemos olvidar que el presente trabajo se encuentra inserto o enmarcado dentro de unos/as destinatarios/as concretos dentro de la población inmigrante. Los/as protagonista y, por ende, las personas que se identifican como objeto del estudio son, los/as refugiados/as. Con esta aclaración, nos referimos a que no parten de las condiciones de cualquier migración (ya sea por motivos económicos o para mejorar la calidad de sus vidas, etc.), sino que tal y como expresan en las entrevistas, estas personas refieren haber salido de su país por razones políticas o bélicas, por lo que han sido obligadas a abandonar su lugar de origen. Esta situación añade un mayor índice de vulnerabilidad a los/as refugiados/as, y además se suma, que estas personas debido a su condición, tienen un contacto escaso o casi inexistente con sus familiares y amigos/as de su país de origen. De esta manera, los/as refugiados/as que responden a nuestras entrevistas, en consecuencia, al no trabajo de su percepción personal, a la no asimilación de su situación real, a la incertidumbre en su nuevo contexto, y a otros muchos más factores desencadenantes, no son capaces de expresar sus sentimientos, ni comunicar sus preocupaciones con nadie.

Nuestro proyecto de investigación no sólo se acoge a la premisa de la salud mental de las personas inmigrantes, sino que pretende desmontar el desconocimiento y las carencias profesionales referidas al ámbito de la Educación Emocional, es por eso, que las personas que trabajan dentro de la Primera Fase de CEAR y que han sido entrevistadas, responden que no saben identificar cuáles son los trastor-

nos que presentan las personas inmigrantes (mencionados con anterioridad en la técnica de análisis documental), no están formados/as para tratarlos, así como, la única opción que ven viable si alguna persona usuaria refiere tener muchas preocupaciones, es la derivación al departamento de psicología, dejando de lado, la capacidad de trabajar de una manera integral con las personas refugiadas. Así, una vez que las personas inician el itinerario establecido por sus profesionales y acuden al servicio psicológico, establecen que éste no les sirve de mucho y que en ocasiones sienten que están comunicando sus problemas a un/a desconocido/a, y de manera obligada.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que, las personas usuarias de la Primera Fase de CEAR, presentan alteraciones/trastornos relacionados con el proceso migratorio y que, en lugar de trabajarlos/as con los/as profesionales con los que tienen un contacto diario y directo (depositando más confianza en éstos/as), son derivados a servicios médicos o psicológicos, con el objetivo de cubrir una necesidad, pero que en vistas al presente trabajo de investigación, queda muy lejos de paliarse.

Establecidas de esta manera, las conclusiones en referencia al correspondiente trabajo de investigación, es imprescindible mencionar las propuestas que se derivan de lo anteriormente comentado. Al redactar las conclusiones, hemos sido conscientes de que la hipótesis en torno a la que gira el presente documento queda validada. Asimismo, se establecen las siguientes propuestas:

- Introducción de la figura del Educador/a Social en la Primera Fase de Acogida de CEAR (Sevilla), para establecer dentro de la entidad la perspectiva transversal de la Educación Emocional. Así, se podrán trabajar todos los aspectos que preocupen o motiven a la persona sin hacer distinción de estos, y, además, se les otorgará a las personas usuarias un papel protagonista, haciéndoles conscientes de que todas las emociones y sentimientos son igual de válidos, por lo que deben saber canalizarlas, más aún si han sufrido un duro proceso migratorio.
- Proporcionar formación sobre duelo migratorio a los/as profesionales que se encuentran trabajando dentro de la Primera Fase de CEAR (Sevilla), debido a que hemos llegado a la conclusión de que los/as usuarios/as presentan síntomas correspondientes al duelo migratorio y los profesionales carecen de la formación para tratar este aspecto.

La evaluación de todo lo analizado se traduce en forma de una carencia en Educación Emocional dentro de la Educación Social, siendo más trabajada en el ámbito del Trabajo Social.

## REFERENCIAS

- Achotegi, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegi, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Revista Temas de Psicoanálisis*, 3, 1-16.
- Achotegi, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 5(2), 39-53.
- Boixareu, R. M. (Ed.). (2016). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder Editorial.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Denzin, N. K. (2017). *Sociological methods: A sourcebook*. Routledge.
- Engel, G.L (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fuertes, C., y Laso, M. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29, 9-25.
- García, A. C. (1993). Análisis documental: el análisis formal. *Revista general de información y documentación*, 3(1), 11.
- Hernández, F. (2007). *Los efectos psicológicos de la migración – entrevista con el psicólogo coordinador de AIPC-pandora*. Recuperado el día 11 de noviembre del 2018 de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1557](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1557)
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4(80), 73-80.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. *Neiva: universidad surcolombiana*, 113.
- Mangado, E. O., Muelas, N. V., y Suárez, M. L. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista clínica española*, 205(3), 116-118.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Concepto de salud*. Recuperado el 5 de octubre de 2018 de: <https://www.who.int/es>
- Sánchez Márquez, H., y López Miguel, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Revista cuatrimestral de psicología*, 26(3), 399-410.
- Sierra Bravo, R. (1984). *Ciencias sociales: epistemología, lógica y metodología. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Madrid: Ed. Paraninfo.
- Vega Pascual, M. J. (1996). Fases de la intervención social con refugiados. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 4, 155-181.

**Anexo 1. Guion de entrevista a los/as profesionales de la Primera Fase de Acogida de CEAR.**

1. ¿Cuál es su profesión?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con personas migrantes?
3. ¿Cuáles cree que son las principales preocupaciones que presentan las personas usuarias?
4. ¿Cuáles son los problemas con los que se suelen encontrar las personas usuarias en su nuevo contexto de referencia?
5. ¿Con qué frecuencia ve a los/as usuarios/as que trabaja?
6. ¿Está usted familiarizado/a con el concepto de duelo migratorio?
7. ¿Tienen sus usuarios/as algunos de los trastornos que suelen presentar las personas migrantes?
8. Si es así, ¿Cuáles son los que usted más percibe: estrés aculturativo, síndrome de Ulises, ¿etc.? Mencione todos los que conozca
9. ¿En qué proporción diría que tienen sus usuarios/as este tipo de trastornos?
10. ¿Cree que se trabaja con los/as usuarios/as el duelo migratorio?
11. ¿Está formado/a para abordar este tipo de duelo?
12. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentran los/as profesionales que trabajan en esta entidad?

**Anexo 2. Guion de entrevista a los/as usuarios/as de la Primera Fase de Acogida de CEAR.**

1. ¿Cuáles fueron las razones que le obligaron a abandonar su país de origen?
2. ¿Puede resumirnos de forma breve su proceso migratorio hasta que llegó a Sevilla?
3. ¿Sigue en contacto con su familia o amigos/as de su país de origen?
4. ¿Qué es lo que más echa de menos de su país?
5. ¿Siente que se encuentra adaptado/a o integrado/a en Sevilla?
6. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones en estos momentos?
7. ¿Suele hablar de lo que le preocupa con alguien?
8. ¿Cuáles son los principales problemas que tiene desde que ha emigrado (en su nuevo contexto sevillano)?
9. ¿Acude con frecuencia al centro de salud? En caso afirmativo ¿por qué motivos lo hace?
10. ¿Suele notar con frecuencia síntomas de malestar en su cuerpo (ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, etc.)?
11. Si es así, ¿por qué cree usted que es?
12. ¿Acude o solicita citas con profesionales (psicólogos/as, trabajadores/as sociales o educadores/as sociales) con los que pueda hablar de sus problemas?
13. ¿Tiene ganas de seguir formando una vida en Sevilla u algún otro lugar?

**07 Relación familia-escuela como impulsora de la Educación para la Salud. Análisis de la legislación educativa**  
Family-school relationship as a promoter of Health Education  
Analysis of educational legislation**Fátima Rosado-Castellano**[mfrosado@unex.es](mailto:mfrosado@unex.es)

Universidad de Extremadura. Cáceres, España.

**Nieves Martín-Bermúdez**[nievesmb@unex.es](mailto:nievesmb@unex.es)

Universidad de Extremadura. Cáceres, España.

<https://orcid.org/0000-0002-6899-9338>

Fecha de Recepción: 02/05/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 01/06/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.07>**RESUMEN**

El presente trabajo se muestra como un estudio teórico nacido de la necesidad de estudiar la relación existente entre dos ámbitos importantes para la vida de la persona, escuela y familia, y estos como impulsores de la Educación para la Salud. Para conocer las posibilidades participativas de la familia en la escuela y la inclusión de la Educación para la Salud se aborda un análisis de contenido legislativo en materia educativa que se encuentra vigente en la actualidad tanto a nivel nacional como autonómico, en su caso en Extremadura. Los resultados arrojan que la relación familia-escuela se configura como un entramado favorecedor para la obtención de logros educativos tanto en la infancia como en la adolescencia considerándose la Educación para la Salud una disciplina transversal que abordar curricularmente, contando con la participación de todos los agentes implicados. Como conclusión se destaca que el binomio familia-escuela es un pilar básico para la educación integral.

**Palabras clave:** Educación para la Salud, Escuela, Familia, Relación padres-escuela, Legislación Educativa.

**ABSTRACT**

The present work is shown as a theoretical study born from the need to study the relationship between two important areas for the life of the person, school and family, and these as drivers of Health Education. In order to know the participative possibilities of the family at school and the inclusion of Health Education, a legislative content analysis, focusing on educational a matter that is currently at national and regional level, in the case of Extremadura. The results show that the family-school relationship is configured as a favourable framework for obtaining educational achievements both in childhood and in adolescence, considering Health Education as a transversal discipline to be addressed in the curriculum with the participation of all the agents involved. In conclusion, the family-school binomial is a basic pillar for comprehensive education.

**Key words:** Family, Health Education, Legislation, Parent-school relation, School.



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión teórica y normativa sobre el papel que ocupa la participación de las familias en la escuela y la Educación para la Salud, por ser dos aspectos claves para la educación y fundamentales para un desarrollo óptimo del alumnado. Para ello, se toma como referencia la legislación española en materia educativa, haciendo una síntesis de las principales posibilidades participativas que tienen las familias en las instituciones escolares y del papel que ocupa la Educación para la Salud. Para ello, se lleva a cabo un análisis de cómo se desarrollan y confluyen en contextos educativos formales.

La escuela y la familia, entendidos como microsistemas en el desarrollo de la infancia y agentes claves dentro del mesosistema, son consideradas pilares fundamentales para la obtención de logros educativos por parte del alumnado. En la actualidad, esta premisa toma gran relevancia ya que se está viviendo una época marcada por cambios sociales continuos, donde la educación, en su sentido más amplio y atendiendo a aspectos transversales como es la Educación para la Salud, debe hacerles frente. Ante este panorama ni el sistema educativo ni las propias familias se encuentran preparadas para afrontar estos vertiginosos cambios, de ahí la necesidad de abordarlos desde el entorno familiar y escolar, ya que es donde la infancia y adolescencia pasa la mayor parte del tiempo.

Es en este sentido, que la simbiosis familia y escuela, supone un escudo con el que hacer frente a los desafíos presentes en la sociedad, entendida la educación integral como la herramienta para favorecer un estilo de vida saludable. Esto nos lleva de nuevo a considerar los diferentes sistemas en los que se desenvuelven los y las menores, atendiendo a la dimensión individual, ambiental y social y que se manifiestan en los hábitos cotidianos “conductas de salud, patrones de conducta, creencia, conocimientos, hábitos y acciones de personas para mantener, restablecer y mejorar su salud” (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003, p. 186) con la finalidad de satisfacer las necesidades propias y de la comunidad.

### La participación de las familias en la escuela como promotoras de la Educación para la Salud.

La participación de las familias es una pieza angular en los procesos de enseñanza-aprendizaje. A continuación, nos centramos en cómo es articulada dentro del contexto educativo en los diferentes aspectos curriculares, especialmente en relación a la Educación para la Salud.

### La participación de las familias en la escuela.

La inclusión de las familias en la educación formal es una preocupación que se refleja desde hace décadas (Aguilar, 2002; Colom, 1994; Delors, 1996; Gimeno, 1999; entre

otros). El vínculo entre la familia y la educación, tal y como es entendida hoy, ha sido fruto de numerosos cambios acaecidos desde la antigüedad hasta la edad contemporánea. Haciendo un breve recorrido y siguiendo a Aguilar (2005) la participación de las familias en la educación de sus hijos/os parte de una educación basada en el ejemplo del hombre valiente, ideal educativo homérico, educación en manos de nodrizas, educación eclesíástica, educación basada en la asunción de funciones políticas y militares, tendencias filosóficas y pedagógicas (Bacon, Rousseau, Locke, Descartes, Pestalozzi, etc.) que buscan métodos idóneos para el pensamiento, la ciencia y la educación, nuevas tendencias educativas con la revolución tecnológica, etc.

Como se puede observar, esta preocupación ha sido reflejada a lo largo de la historia hasta ser regulado a nivel administrativo e institucional. De este modo, “el papel de la legislación en la participación de las familias en la escuela es determinante ya que genera y posibilita los cauces y mecanismos para que pueda producirse” (Cabello y Giró, 2016, p. 33). En los siguientes párrafos, se incluye un compendio de la legislación educativa en España basándonos en los estudios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014) y Cabello y Giró (2016).

El punto de partida de esta síntesis es la Ley General de Educación de 1970, queda recogida en ella la intencionalidad de ampliar las funciones de los diferentes agentes de la comunidad educativa y fomentar la creación de asociaciones de padres y madres, el director del centro se plantea como figura central en la toma de decisiones. Es en la Constitución Española de 1978 cuando se reconoce el derecho de las familias a participar en la Educación de sus hijos (artículo 27). Poco después, en la Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE) determinándose dos tipos de órganos de gobierno en los centros educativos, los unipersonales y los colegiados, siendo la participación posible en los segundos. Por su parte, la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la Educación (LODE) sistematiza la creación de los Consejos Escolares territoriales y el Consejo Escolar del Estado, autorizase la creación de órganos de participación y consulta en las Comunidades Autónomas (Consejos Escolares Autonómicos) y ofreciendo la posibilidad de crear Consejos Escolares comarcales o municipales. A pesar de ello, el profesorado y la figura del director mantendrán su mayor representatividad. El proceso de transformación a los estándares europeos derivó en la adaptación de la composición de los órganos de gobiernos de los centros y favoreció a la leve mejora del aumento de la participación de las familias en la escuela, a pesar de ello la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Organización General del Sistema Educativo, no modificaba aún los cambios aprobados en su antecesora.

Es en la Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los centros docentes (LOPEG) donde comenzarían a considerarse mo-

dificaciones reales al respecto de los órganos de toma de decisiones de los centros. Esta Ley aborda la descentralización, la autonomía y la evaluación del sistema, atribuyéndose al Consejo Escolar la aprobación del proyecto educativo y general del centro, donde la participación de los padres estaba limitada a que uno de los representantes en el mismo fuera designado por la asociación de padres más representativa del centro. En 2002, la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE) recoge los derechos y obligaciones de los padres y madres (artículo 3) en relación a la educación de sus hijos y los órganos de gobierno son modificados delimitándose las funciones del Consejo Escolar.

Los años posteriores son cruciales en cuanto a la regulación de la gobernanza compartida en los centros amparada por legislación educativa. En la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) se amplían los derechos y deberes de los padres recogidos en la anterior ley y se establecen los compromisos educativos a asumir por las distintas partes. Los Consejos de Gobierno y los directores de los centros adquieren determinadas competencias, siendo éstos y el profesorado los que mantiene un peso mayor en las instituciones. Por último, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) reconoce como primeros responsables de la educación de sus hijos a las familias, establece como derecho fundamental la elección del tipo de educación y centro, derecho a la información y asesoramiento, consulta sobre la aplicación de programas para el rendimiento de los alumnos, entre otros, aumentando la participación de las familias en la escuela.

No es de extrañar que, a partir de entonces, autores como Colás y Contreras (2013), pongan de relieve la importancia de incluir a las familias en el centro educativo; ya no solo para la adquisición de competencias y la consecución de unos resultados de aprendizaje sino para elevar el propio interés del alumnado como protagonistas de su desarrollo. Lo que a su vez influye en el aumento de “la satisfacción de las relaciones entre educadores y padres, mejorando tanto la motivación como las expectativas de ambos con respecto al proceso educativo” (Op. cit., p.488).

De igual manera, se ha de considerar que diferentes cambios sociales han influido de manera directa en las familias como son su estructura, relaciones familiares, necesidades, tipología de intervenciones, entre otros. Teniendo en cuenta esto, Aguilar (2002) considera que las familias necesitan de un marco referencial para guiar, orientar y educar a sus hijos e hijas ante las situaciones de inestabilidad e incertidumbre que generan estos cambios, existiendo un distanciamiento entre la educación recibida y la que les toca ofrecer ahora.

En cuanto a la escuela, siguiendo la pregunta formulada por Hernández y López (2006) sobre qué sistema educativo quieren las familias para sus hijos e hijas, reco-

gida de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (en adelante AMPAS) indican que se busca: a) un sistema de calidad que cuente con la financiación necesaria para cubrir necesidades materiales y profesionales; b) un sistema competente a nivel europeo; c) unas escuelas que preparen a sus hijos para el desenvolvimiento profesional; d) una escuela con contenidos curriculares orientados a la formación de ciudadanos cultos y críticos; e) metodologías adaptadas a procesos de aprendizajes; f) profesorado con mayor formación técnico profesional; g) sistema escolar flexible en su estructura y organización que se amolde a los cambios sociales y familiares experimentados; y h) que la normativa escolar dote de competencias suficientes a los consejos escolares. En este caso, son de especial interés los dos últimos aspectos, la flexibilidad de la estructura, así como el marco regulador, dada la relación directa entre la escuela-familia.

Remando en esta misma dirección, la importancia de la participación de las familias en los recursos escolares es considerada un indicador para valorar la Calidad de los Sistemas Educativos (Unicef, 2014) situándolos como dos elementos que deben ser coordinados por compartir esa función clave de una manera eficaz. A pesar de ser reconocida esta cuestión como clave en los procesos de enseñanza-aprendizaje, la participación de las familias en la escuela como parte de la comunidad educativa sigue siendo un desafío para los centros educativos. Las familias son un recurso de inmensurable valor por su capacidad para “la identificación de las barreras y los facilitadores que afectan a la presencia, al aprendizaje y a la participación de los alumnos y alumnas” (Simón y Barrios, 2019, p. 52).

En este contexto varios son los factores derivados de los diferentes agentes implicados que facilitan o dificultan la participación de las familias en los recursos escolares. Así se mantiene la necesidad de establecer órganos de participación que conecten las necesidades de las diferentes partes y se establezca un hilo conductor de conexión, teniendo en cuenta que en la comunidad educativa se ha de considerar a todas las partes implicadas, es decir, alumnado, equipo educativo, familia, comunidad y sociedad en general. El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014) considera que

los factores que inciden en la dificultad de construir una colaboración real entre familias y centros son muy diversos, pero a ellos subyace el hecho de que en los sistemas escolares prevalece todavía una visión muy tradicional de las relaciones entre los padres y la escuela, con una distinción precisa entre los roles de ambos y una escasa atención a la interacción fructífera entre ellos. (p.49)

En este orden, Talavera-Ortega y Gavidia (2007) destacan como una de las principales dificultades la necesaria colaboración de las familias y que a su vez estas expresan la falta de tiempo como principal inconveniente para su participación a pesar de que

constatan la importancia de la instrucción de sus hijos. Existiendo apatía o falta de interés por parte de las familias en la participación de la vida escolar (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014).

En contraposición con esta idea, desde este mismo organismo se entiende que entre las barreras que tienen los padres a la hora de participar activamente está la resistencia que existe por parte del profesorado en lo referido a los aspectos pedagógicos, llegándose a considerar una intromisión por la falta de formación, limitándose la participación de las familias a cuestiones menores (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014).

Los procedimientos más empleados para garantizar la cooperación familiar en el sistema educativo son la existencia de asociaciones de familias y su inclusión en los órganos de participación del sistema educativo. En el primer caso la organización en asociaciones, federaciones y confederaciones regionales y naciones suelen ser una práctica habitual. En el segundo caso, la participación en los órganos de presentación está vinculada a su inclusión en el Consejo Escolar del Estado y específicamente de la Comunidad Autónoma, municipio y centro de escolarización, teniendo en según qué casos competencias en la consulta o decisión. En este sentido, se aboga por que la participación de las familias en la escuela supere estos eslabones y se oriente a una participación activa basada en el crecimiento mutuo de toda la comunidad educativa.

Por su parte, Cabello y Giró (2016) entienden que esta participación puede centrarse en función de dos variables, por un lado, el carácter formal o informal y por otro, si es colectiva o individual. La participación formal estaría orientada a aquella de carácter institucional y reglada, en caso de ser individualizada sería la tutoría y si fuese colectiva estaría referida al Consejo Escolar y las AMPAS. En la informal se hace mención a los encuentros y conversaciones informales en diferentes espacios y si fuese colectiva estaría ligada a los movimientos sociales vinculados a la educación.

Si bien, existen diferentes acciones destinadas al apoyo educativo para familias atendiendo a la realidad actual en la que existe gran variedad de modelos familiares y la diversidad en la forma de desempeñar el rol parental (Peña, Máiquez y Rodrigo, 2014). En relación a esto las necesidades de apoyo dependerán de las características de dichas familias, así como de las necesidades propias de los y las menores y el contexto psicosocial en el que se encuentran inmersos.

### **Educación para la Salud en el ámbito escolar.**

La Educación para la Salud, entendida dentro del ámbito legislativo como “proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamen-

tales: el derecho a la educación y el derecho a la salud” (Fortuny y Gallego, 1988, p.287). Actualmente, es concebida como disciplina transversal y supone un reto para la ciudadanía que debe ser abordado tanto desde el seno familiar como escolar, optimizando el proceso y/o los resultados al trabajarse holísticamente. Este derecho requiere de la necesidad creciente de aunar esfuerzos entre la familia y la escuela ante este desafío de fomentar hábitos saludables entre los escolares y, por consiguiente, la obtención de sociedades preocupadas por la calidad de vida.

En el caso de la Educación para la Salud, uno de estos proyectos es la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, a través de las cuales, y gracias al conjunto de actividades comunitarias que realiza, se pretende intervenir en los factores determinantes de la salud de la población y en la formación conjunta de las personas que intervienen: alumnos, profesores, padres, sanitarios, etc. (Gavidia, 2004, citado en Talavera-Ortega y Gavidia, 2007, p.120)

Si bien estamos de acuerdo en que la percepción del profesorado es muy importante a la hora de llevar a cabo un Programa de Salud en las Escuelas, consideramos que es vital la implicación de las familias, ya que es en la vida cotidiana donde se ponen en práctica aquellas actitudes y comportamientos trabajadas desde el centro escolar “los objetivos y estructuras de la escuela se han consolidado como ámbito idóneo para el desarrollo sistemático de la Educación para la Salud, sin dejar de lado para este desarrollo a la familia y la comunidad” (UIPES, 2003, citado en Gutiérrez, 2003, p.120).

Esta sistematización viene regulada en las líneas de trabajo que establece el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2017) en el Plan estratégico de salud escolar y estilos de vida saludable donde define como actuaciones la “línea 1: Establecer y reforzar marcos de colaboración institucional entre la Administración central y autonómica, y los agentes implicados para la promoción de estilos de vida saludable en el ámbito educativo” y la “línea 3: Crear y desarrollar la Red Estatal de Escuelas Promotoras de la Salud y favorecer la creación y mantenimiento de Escuelas y Redes de Escuelas Promotoras de Salud” (p.28).

### **Familia y salud en el contexto escolar.**

Las realidades familiares son diversas y los estilos de vida de las familias en el contexto aula pueden ser tan diferentes como alumnado escolarizado, si bien a nivel centro escolar se convierte en infinito. Atendiendo a los tipos de participación que pueden darse en los centros educativos a través del modelo de Vogels (2002, citado en Colás y Contreras, 2013, p.489) encontramos diferentes niveles de implicación en el ámbito educativo, estos son: consumidores, clientes, participantes y socios. O si-

guiendo la clasificación de Simón y Barrios (2019) quiénes plantean los siguientes: ficticia, simbólica, parcial, activa o plena, otorgándole a esta última la característica de corresponsabilidad.

Es por ello que al considerarse la interacción entre los diferentes sistemas en los que se desenvuelve el ser humano, se considera adoptar el concepto de salud comunitaria, que incluiría la perspectiva de salud desde los diferentes sistemas que Bronfenbrenner, promulga desde la Teoría Ecológica de sistemas, contemplando y respondiendo a la interacción entre las características individuales, de las familias, del contexto social, cultural y ambiental; así como el marco regulador como son las políticas públicas, y que se materializan en las diferentes organizaciones, recursos e instituciones y actores con el fin de promover la promoción de la salud (Martínez Cía, et al., 2018; Sampaio, 2004) teniendo en cuenta el grado de implicación de las familias en los centros educativos.

Por tanto, es importante reflexionar y analizar desde diversos enfoques, de un lado la relación de los centros educativos en cuanto a la atención de la diversidad de las familias, así como las oportunidades que ofrecen para ello y por consecuencia la consideración de estas en la promoción de prácticas de educación para la salud desde las limitaciones y posibilidades del contexto familiar a fin de llevar a cabo estrategias eficaces para la promoción de la salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

El fin principal es determinar el estado en el que se encuentra la participación de las familias en la educación y el estado de la Educación para la Salud en las etapas de infantil, primaria y secundaria dentro del marco del sistema educativo español tanto nacional como en la Comunidad Autónoma de Extremadura. A la par, se analiza el contenido y se compara entre las distintas normativas, pudiendo identificar, describir y cotejar la importancia que tiene la participación de las familias y la Educación para la Salud en la legislación y, por ende, en los currículos educativos de infantil, primaria y secundaria tanto en España como en Extremadura. Este análisis está orientado hacia dos vertientes, por un lado, se estudia el papel de la familia en la escuela y, por otro lado, se analiza el papel que ocupa la Educación para la Salud dentro de las mismas.

Para la elaboración de este estudio se realiza un análisis de contenido de carácter descriptivo, concretamente de la legislación educativa que se encuentra vigente en la actualidad a nivel nacional y autonómico, en su caso en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Los documentos estudiados son las leyes en materia educativa que vertebran el actual sistema educativo: a) Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Edu-

cación; b) Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa; c) Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura.

La metodología empleada en esta investigación es la técnica cualitativa del análisis de contenido inspirándonos en las teorías de varios autores (Alonso, Volskens y Gómez, 2012; Andréu, 2002; Bardin, 2002; Cáceres, 2003; Fernández, 2002; López, 2002; Piñuel, 2002; Porta y Silva, 2003). Para ello se ha analizado el contenido de la legislación partiendo del establecimiento de objetivos, contenidos claves y documentos de estudio.

Posteriormente se han establecido las dimensiones de análisis, facilitando la categorización y codificación para finalmente extraer una serie de conclusiones. Las dimensiones de análisis responden a las nueve categorías siguientes:

1. Existencia de capítulo propio de participación de las familias y Educación para la Salud;
2. Papel de las familias;
3. Papel de la entidad pública competente;
4. Etapas educativas y su relación con las familias y Educación para la Salud;
5. Existencia de servicios de apoyo y asesoramiento a las familias;
6. Familia y escuela: conciliación laboral y económica;
7. Familias y profesorado;
8. Educación para la Salud;
9. Familias y Educación para la Salud.

De este modo, siguiendo las especificaciones establecidas por Fernández (2002) se realiza un análisis de documentos, en este caso, la legislación tanto a nivel nacional como autonómica, concretamente en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en materia educativa, analizándose los aspectos materiales, en tanto que se pretende determinar la naturaleza de sus componentes, aspectos tecnológicos entendiendo sus usos y aplicaciones y en sus relaciones externas y sus alcances sociológicos.

En segundo lugar, y para lograr mayor nivel de concreción, se prosigue con el análisis detallado de la normativa referida al establecimiento de los currículos educativos de educación infantil, primaria y secundaria. En su caso, encontramos tanto a nivel nacional como autonómico: d) la Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Infantil; e) Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria; f) Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato; g) Decreto 4/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación

Infantil para la Comunidad Autónoma de Extremadura; h) Decreto 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura; i) Decreto 98/2016, de 5 de julio, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato para la Comunidad Autónoma de Extremadura.

## RESULTADOS

El estudio arroja resultados en los que el papel de las familias y la Educación para la Salud se encuentran incluidos como aspectos transversales y se tornan imprescindibles para el adecuado desarrollo del alumnado. Estos son entendidos desde la heterogeneidad y atención de las necesidades tanto del alumnado como de sus familias y la sociedad en general.

Veamos en detalle su inclusión dentro de la normativa.

- Normativa nacional: Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación y Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

Existe una evolución desde la LOE a la LOMCE donde no solo se van a ratificar aspectos de su antecesora, sino que se va a ampliar su foco de atención a otros aspectos concernientes a la adquisición de hábitos saludables en el alumnado. En ambas leyes desde el preámbulo se toma en cuenta que es un principio fundamental la necesidad de que todos los miembros de la comunidad educativa colaboren para lograr una educación de calidad, valorando que la responsabilidad del éxito escolar no solo recae en el alumnado sino también sobre sus familias, el profesorado, centros docentes y la sociedad. Por ello, se ha de promover la colaboración estrecha entre las familias y las escuelas y, uno de los objetivos de la reforma es introducir nuevos patrones de conducta que ubiquen la educación en el centro de la sociedad y economía por lo que la transformación de la educación no solo depende del sistema educativo, sino que es toda la sociedad la que debe asumir un papel activo, entre las que se encuentran las familias.

No existe capítulo propio, sino que se aborda el papel de las familias en la educación de sus hijos a lo largo de todo el texto y vinculado a diferentes ítems. De igual manera no se establece ningún servicio de apoyo y asesoramiento a las familias, siendo las Administraciones educativas las encargadas de garantizar un adecuado asesoramiento individualizado.

La presencia de las familias está en todas las etapas educativas, definiéndose en cada una de ellas de acuerdo a las características del alumnado, apreciándose una evolución en la que a medida que se avanza de nivel la participación va disminuyendo.

El papel que adoptan es que deben colaborar activamente, considerándose como un principio (capítulo 1, artículo 1). La participación de la comunidad educativa y el esfuerzo compartido que debe realizar el alumnado, las familias, el profesorado, los centros, las Administraciones, las instituciones y la sociedad en su conjunto constituyen el complemento necesario para asegurar una educación de calidad con equidad. Asimismo, han de comprometerse con el trabajo cotidiano de sus hijos y de los centros. En lo relativo a la admisión de alumnos, se tendrán en cuenta la libertad de elección de centro por parte de padres o tutores, así como en caso de no existan plazas suficientes, se valorarán aspectos concernientes a aspectos familiares como son la renta per cápita de la familia, condición de familia numerosa, acogimiento familiar, cercanía al domicilio familiar, etc. Dentro de esta promoción de la participación se estimará la conciliación familiar, laboral y escolar.

Las Administraciones educativas serán las encargadas de fomentar la participación de todos los agentes del centro educativo y adoptarán medidas que promuevan e incentiven dicha colaboración, originando compromisos educativos entre las familias y el propio centro en relación a actividades que mejoren el rendimiento académico del alumnado. El director del centro, tiene como competencia impulsar esta colaboración tanto con las familias como con las instituciones y organismos del entorno.

En relación a las funciones del profesorado (artículo 91), las familias junto a estos participarán en la tutoría de los alumnos, orientando y apoyando en su proceso educativo. Además, proporcionarán información periódica a las familias sobre el proceso de aprendizaje de sus hijos, así como orientación para su cooperación en el mismo.

Por otro lado, la Educación para la Salud, recogiendo lo indicado en el título Preliminar, capítulo I, principios y fines de la educación, se establece que el sistema educativo debe favorecer el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte (LOE, 2006). La mención que se hace es a través de los objetivos en las etapas de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional en tanto que se considera importante conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los demás, respetando las diferencias, fomentar el valor de la higiene y la salud, incorporar la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal, social y valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, cuidado de los seres vivos y medio ambiente, entre otras. Asimismo, en la Formación Profesional se pone en valor la importancia de trabajar en condiciones de seguridad y así prevenir posibles riesgos derivados del trabajo. Las Administraciones educativas serán las encargadas de adoptar medidas para el fomento de la actividad física y dieta equilibrada.

La relación que se establece entre la familia-escuela-salud se basa en que la escuela se convierte en niveladora de diferencias en tanto que entre los derechos de los alum-

nos está el recibir ayudas y apoyos precisos para compensar carencias y desventajas de tipo personal, social y familiar. En este sentido, la misma favorece el acceso y permanencia en el sistema educativo a la par que dota a los alumnos de protección ante casos de infortunio familiar o accidente, entendiéndose por estos, todos aquellos hechos que afectan negativamente al desarrollo del alumnado (violencia paterno-filial, violencia de género, maltratos, etc.). Entre los principios del sistema educativo, debe existir un esfuerzo compartido por el alumnado, las familias, profesores, centros y el conjunto de la sociedad para una mejora efectiva.

- Normativa autonómica: Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura.

En la Ley extremeña (LEEx) se dedica un capítulo a las familias, concretamente en el Título III dedicado a la Comunidad Educativa, en los que a través de los artículos 49 al 55 se regulan los aspectos concernientes a la misma. En esta Ley se apuesta por la implicación activa de las familias, considerándolas como las primeras responsables de la educación de sus hijos por lo que “deben corresponsabilizarse del proceso educativo y del éxito escolar en estrecha colaboración con el profesorado” (artículo 49). De igual manera, se tendrá en cuenta la demanda de las familias, se garantizará la libre elección de centro y las familias serán informadas por los centros educativos de los recursos y servicios específicos que ofrecen. El papel que ocupa la familia en la atención a la diversidad está vinculado a la participación en la toma de decisiones vinculadas al proceso educativo de sus hijos. Las familias contribuirán a la prevención de conflictos a través de la práctica de actuaciones necesarias y coordinadas para garantizar el principio básico de la convivencia escolar. Además, se realizarán actividades escolares y extraescolares en cooperación con las familias (planes de lectura, escritura, etc.) y se potenciará la prestación de servicios educativos complementarios para facilitar la conciliación familiar y laboral (aulas matinales, residencias escolares, comedores, etc.).

Las Administraciones educativas serán las encargadas de promover e incentivar una reciprocidad efectiva entre las partes. En este contexto, la Junta de Extremadura llevará a cabo varias acciones en las que promoverá programas que estimulen la participación de las familias y su formación, a través de reuniones, tutorías y sesiones del Consejo Escolar, fomentará la creación de escuelas y asociaciones de familias y la promoción de actividades culturales. Igualmente, se recoge una serie de derechos (artículo 51) y de deberes (artículo 52). En cuanto a los servicios de apoyos relacionados con el asesoramiento se enfocan a la orientación psicopedagógica de los centros, alumnado, profesorado y familias.

En lo relacionado a las diferentes etapas, según la LEEx, en la etapa de Educación Infantil se pretende un desarrollo progresivo de la autonomía del alumnado contando

con la cooperación de las familias. La Educación Primaria y Secundaria no abordan aspectos vinculados a las familias, aunque se aclara que para conseguir que el alumnado desarrolle al máximo sus capacidades, es necesario de la colaboración de las familias en el proceso.

En lo concerniente a las funciones del profesorado con respecto a las familias, estos deben trabajar de manera coordinada para la individualización de la enseñanza, orientación del aprendizaje y la información de los logros adquiridos a través de tutorías presenciales o comunicaciones electrónicas.

Por último, para abordar la Educación para la Salud en el artículo 196, expresa que

“la Administración educativa podrá suscribir convenios con los medios de comunicación para la realización de programas que reflejen intereses, inquietudes y pautas de comportamiento adecuados para la educación del alumnado, tales como la igualdad de género, la interculturalidad, la adopción de hábitos saludables y el respeto al medioambiente y a los derechos humanos” (LEEX, 2011, p.61).

- Currículos a nivel nacional: Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Infantil; Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria y Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.

En los tres documentos los aspectos de Educación para la Salud y participación de las familias son abordados a través de las directrices establecidas y transversalmente mediante las diversas asignaturas.

Los docentes por su parte, a través de la figura del tutor, será la persona de referencia para el niño y se encargará de establecer la relación y coordinación educativa con las familias. En ella se destaca la importancia de la acción tutorial para orientar el proceso educativo del alumnado, siendo el profesor tutor el que mantenga una relación permanente con la familia.

La autonomía de los centros docentes, se mantiene en todos ellos y serán éstos los encargados de promover compromisos con las familias y los propios alumnos para facilitar el progreso educativo.

En los currículos se recoge la importancia de la relación familia-escuela. A grandes rasgos, se refleja que la relación debe estar basada en un modelo de participación donde se prime el diálogo, la comunicación y la opinión profesional a fin de favorecer

una implicación activa por parte de las familias. Conocer las características de las familias se torna un aspecto fundamental para un buen desarrollo participativo entre escuelas-familias.

La salud también es una pieza angular en los objetivos de las etapas en las que se busca que el alumnado pueda valorar la higiene y los hábitos saludables a través del conocimiento del cuerpo humano y el respeto a las diferencias. La promoción de la salud, el fomento de hábitos saludables, la mejora de la calidad de vida y respeto al entorno y medio ambiente, por su repercusión directa con la salud, son indispensables. Serán las Administraciones educativas las encargadas de la adopción de medidas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable durante la jornada escolar, a fin de favorecer una vida activa, saludable y autónoma. En este sentido, se busca la mejora de la calidad de vida de toda la comunidad educativa.

- Currículos extremeños: Decreto 4/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación Infantil para la Comunidad Autónoma de Extremadura; Decreto 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura y Decreto 98/2016, de 5 de julio, por el que se establecen la ordenación y el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato para la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Los currículos extremeños no son ajenos a la importancia que tiene la participación de las familias en la escuela y la promoción de la Educación para la Salud, reflejándose tanto en sus contenidos y objetivos como en los criterios de evaluación y estándares de aprendizaje evaluables.

Los centros, haciendo uso de su autonomía, promoverán compromisos con las familias del alumnado donde se especifiquen el papel que ambas partes tendrán para llevar a cabo el mejor progreso educativo de los discentes. La Consejería competente en esta materia, podrá establecer el marco regulador de estos compromisos y acuerdos.

La acción tutorial y orientación educativa son importantes en tanto que guiarán al alumnado y sus familias de manera general y, especialmente en lo relativo al tránsito entre las etapas educativas y el acceso a etapas superiores, orientándoles en las opciones e itinerarios y salidas académicas y profesionales de cada etapa. El profesor tutor, en colaboración con el departamento de orientación, facilitará la coordinación y cooperación entre el centro educativo, los docentes, estudiantes, las familias y el entorno social, manteniendo una relación fluida y continua. La metodología didáctica, de carácter activa y participativa, debe tener en cuenta el contexto y las características del alumnado, siendo fundamental implicar a las familias.

La Educación para la Salud es abordada dentro de los elementos transversales, trabajando tanto la salud física como psicológica. En la Educación Infantil se sientan las bases para un crecimiento saludable enfocado hacia su aprendizaje y desarrollo; en Primaria es relevante valorar la higiene y la salud, aceptar su cuerpo y el de los demás, respetando las diferencias y utilizando la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y, en Educación Secundaria se fomentan hábitos saludables y la prevención de prácticas nocivas, especialmente aquellas vinculadas al consumo de sustancias tóxicas y adicciones tecnológicas. Además, en todas ellas es significativo que aprendan a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud.

A grandes rasgos, se puede afirmar que las directrices vinculadas al establecimiento de los currículos básicos en las distintas etapas y ciclos son más concretas en los que se refiere a la Educación para la Salud como elemento clave para un adecuado desarrollo del alumnado en los diferentes ámbitos. Por el contrario, se hace menor mención al papel que ocupan las familias en todo el proceso educativo a pesar de que se trabaja transversalmente en algunas asignaturas.

## CONCLUSIONES

La educación es una práctica social en la que la infancia y la adolescencia se enriquecen a través de los contenidos teóricos y prácticos mediante la experiencia, por lo que la misma ha de iniciarse antes de la educación escolar obligatoria, es decir, en las familias y las comunidades, que deben involucrarse en dicho proceso (Delors, 1996).

Ante este escenario, la escuela no es ajena a sufragar las necesidades que la sociedad presenta y ayuda a equilibrar las desigualdades, especialmente en las primeras etapas, a través de los procesos de enseñanza y aprendizaje. La configuración curricular actual

permite ajustar la oferta formativa y sus itinerarios a la demanda de las familias y a la proximidad de facultades o escuelas universitarias y otros centros docentes, y favorece la especialización de los centros en función de los itinerarios ofrecidos, al mismo tiempo que se plantea que la oferta educativa dé respuesta a las necesidades de todo el alumnado, garantizando la equidad e igualdad de oportunidades y la inclusión educativa. (BOE, nº 3, 2014, p. 170)

En este sentido, entendemos que los centros educativos son los espacios adecuados para el arbitraje entre la familia y la educación, constituyéndose como un mesosistema imprescindible. Se ha de atender tanto al currículo académico establecido como a cuestiones transversales vinculadas estrechamente al adecuado desarrollo del alumnado en todas las áreas de su vida, en su caso y, centrándonos en nuestro objeto de

estudio, la Educación para la Salud. Estos aspectos transversales constituyen ejes de conocimientos que conectan

la institución escolar con el entorno social y la realidad cotidiana del alumnado, atravesando todo el proceso de enseñanza-aprendizaje e impregnando el currículo. Adquieren especial significado, en esta etapa, los temas de convivencia, salud, seguridad vial, consumo, medio ambiente, igualdad de oportunidades entre los sexos e interculturalidad. (DOE nº 12, 2008, p. 1232)

Desde este prisma la educación integral no puede concebirse un abordaje disgregado entre la escuela y familia, entendiéndose que tanto la Educación para la Salud como la participación de las familias en escuela son pilares fundamentales para el desarrollo pleno del alumnado. Esta interacción sienta las bases, por un lado, de una sociedad saludable en tanto que en este proceso de enseñanza-aprendizaje existe una educación multidireccional entre los distintos miembros de la familia, y, por otro lado, se satisface el derecho de las familias a la participación en la educación de sus hijos e hijas contribuyendo a desarrollar una cultura transformadora de la sociedad.

En definitiva, estos aspectos se encuentran recogidos en los diferentes documentos analizados poniendo en valor el entorno escolar como medio idóneo para el abordaje de la Educación para la Salud y la inclusión de los diferentes miembros de la comunidad educativa. A pesar de ello, aún queda bastante camino que transitar para que la escuela se configure como un espacio óptimo de participación en el que se pongan en práctica la totalidad de las directrices establecidas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M.C. (2002). *Educación familiar: una propuesta disciplinar y curricular*. Málaga: Aljibe.
- Aguilar, M.C. (2005). Las prácticas educativas en el ámbito familiar. En P. Dávila, y L. Naya, (Eds.). *La infancia en la historia: Espacios y representaciones* (pp. 1-10). Granada: Universidad de Granada.
- Alonso, S., Volkens, A., y Gómez, B. (2012). *Análisis de contenido de textos políticos. Un enfoque cuantitativo*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.
- Andréu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación de Estudios Andaluces.
- Arrivillaga, M., Salazar, I.C., y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Cabello, S., y Giró, J. (2016). La participación de las familias en la escuela: una cuestión compleja. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, 7, 28-48. <https://doi.org/10.5944/reppp.7.2016.16302>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista de la escuela de psicología*, 2, 53-82.
- Colás Bravo, P., y Contreras Rosado, J. A. (2013). La participación de las familias en los centros de Educación Primaria. *Revista de Investigación Educativa*, 31(2), 485-499. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.31.2.171031>
- Colom, A. (1994). La familia como agencia educativa. En A. Colom y otros, *Teoría de la educación* (pp.227-251). Madrid: Tauru.
- Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29424.
- Decreto 4/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación Infantil para la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, 12, de 18 de enero, pp. 1216-1272.
- Decreto 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, 114, de 16 de junio de 2014, pp. 18965-19283.
- Decreto 98/2016, de 5 de julio, por el que se establecen la ordenación y el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato para la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, 129, de 6 de julio de 2016, pp.17347-18550.
- Delors, J. (1996). Los cuatro pilares de la educación. En UNESCO. *La Educación encierra un tesoro* (pp. 91-103). Madrid: Santillana.
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53.
- Fortuny, M., y Gallego, J. (1998). Educación para la Salud. *Revista de Educación*, 287, 287-306.
- Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel.
- Gutiérrez, J.J. (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, y Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Hernández, M.A., y López, H. (2006). Análisis del enfoque actual de la cooperación padres y escuela. *Aula Abierta*, 87, 3-26. Recuperado de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/AA/issue/viewIssue/1034/133>
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 187, de 6 de agosto de 1970, pp. 12525-12546.
- Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares. *Boletín Oficial del Estado*, 154, de 27 de junio de 1980, pp.14633-14636.
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 1985, pp. 1-21.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*, 238, de 4 de octubre de 1990, pp. 28927-28942
- Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes. *Boletín Oficial del Estado*, 278, de 21 de noviembre de 1995, pp. 33651-33665.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 307, de 24 de diciembre de 2002, pp. 45188-45220.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 106, de 4 de mayo de 2006, pp. 1-110.



- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 295, pp. 1-110.
- Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura. *Diario Oficial de Extremadura*, 47, de 9 de marzo de 2011, pp. 5952-6035.
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 4, 167-179.
- Martínez Cía, N., Pérez Pérez, M., Heras-Mosteiro, J., Gutiérrez Ávila, G., Díaz-Olalla, J.M., y Ruiz-Giménez Aguilar, J.L. (2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2014). *La participación de las familias en la educación escolar*. Recuperado de <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:c60ac608-1cc3-49fc-9605-ad20f35b0627/estudioparticipacion.pdf>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2017). *Plan estratégico de salud escolar y estilos de vida saludable (2016-2020)*. Recuperado de [https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f\\_codigo\\_agc=18742](https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=18742)
- Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil. *Boletín Oficial del Estado*, 5, pp.1016-1036.
- Peña, M., Máiquez, M.L., y Rodrigo, M.J. (2014). Efectos de la inclusión de contenidos de desarrollo personal en un programa de educación para familias en riesgo psicosocial. *Anales de psicología*, 30(1), 201-210 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.152331>
- Piñuel, J.L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42.
- Porta, L., y Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa. *Anuario Digital de Investigación educativa*, 14, 388-406.
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, 52, de 1 de marzo de 2014, pp. 1-58.
- Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. *Boletín Oficial del Estado*, 3, de 3 de enero, pp. 169-546.
- Sampaio Alves, V. (2005). A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface*, 9(16), 39-52. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>.
- Simón Rueda, C. y Barrios Fernández, A. (2019). Las familias en el corazón de la educación inclusiva. *Aula Abierta*, 48(1), 51-58.
- Talavera-Ortega, M., y Gavidia Catalán, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del Profesorado. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 21, 119-128.
- UNICEF (2014). *Guía para la mejora del clima escolar en los centros educativos*. Disponible en <https://www.unicef.es/educa/biblioteca/guia-mejora-clima-escolar-centros-educativos>.

EDUCATION JOURNAL  
**E**samec  
Health, Environment and Citizenship



UNIVERSIDAD  
D SEVILLA