



# SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD SOCISALUD

## LA ESCUELA SALUDABLE: UN HORIZONTE

### GRUPO DE TRABAJO ESCUELA Y SALUD

#### Coautores



#### Avales



# LA ESCUELA SALUDABLE

## ÍNDICE

1. Introducción
2. La escuela promotora y educadora en salud
  - 2.1 Promoción y educación para la salud en centros escolares
  - 2.2 Los espacios escolares y su accesibilidad
  - 2.3 La importancia de la alimentación y los comedores escolares
    - 2.3.1 Salud nutricional en el sistema educativo
    - 2.3.2 Trastornos de la alimentación. Nutrición, obesidad y TAC
    - 2.3.3 Nutrición adecuada y escuela
    - 2.3.4 Los comedores escolares
    - 2.3.5 Situación actual de los comedores escolares en la Comunidad de Madrid
  - 2.4 El papel del profesorado como agente de salud y la enfermera escolar
  - 2.5 Implantación de la Educación para la Salud. Aspectos a tener en cuenta
  - 2.6 El currículum de educación para la salud
  - 2.7 El currículum oculto. El entorno interno del centro
3. La inteligencia emocional. Una herramienta para la salud y la formación integral del alumnado
4. La salud mental en la escuela
  - 4.1 Introducción
  - 4.2 Los escolares: niños y niñas y adolescentes
  - 4.3 La escuela y el profesorado
  - 4.4 Las familias
  - 4.5 El entorno extraescolar
5. Propuestas generales
6. Anexos
7. Bibliografía
8. Autores

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

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

¿Qué características tiene una escuela que promueve la salud?

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

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

Integra la salud en las actividades cotidianas de la escuela, en el programa curricular y en los criterios de evaluación

Aborda las cuestiones de salud y bienestar de todo el personal de la escuela

Promueve la salud y el bienestar del alumnado

Ofrece un entorno seguro y de apoyo

Fomenta la participación de los estudiantes y el desarrollo de su potencial

Defiende principios de justicia social y equidad

Relaciona al sistema educativo con los sistemas de salud

Promueve la colaboración con los padres y madres del alumnado y con la comunidad toda.

Establece objetivos realistas de promoción de la salud sobre la base de un diagnóstico preciso y de la evidencia científica disponible sobre los distintos temas de salud.

Busca mejorar continuamente las condiciones de salud mediante la supervisión y la evaluación.

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

Informe del Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas. OMS.Ginebra.1977 /Anexo I)

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 2018 (Anexo II)

Salud Mental e Infancia en el escenario de Covid 19. UNICEF Comité Español 2019 (Anexo III)

Recomendaciones del Grupo Escocés de Educación para la Salud

Malnutrición, Obesidad Infantil y Derechos de la Infancia en España. UNICEF, Comité Español, 2019 aportaciones FAPA Giner de los Ríos. Escuela y Salud, 2023.

## **2. LA ESCUELA PROMOTORA Y EDUCADORA EN SALUD**

### **2.1 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES**

Desde hace tiempo, desde diferentes iniciativas, se ha considerado el marco escolar como un escenario donde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la educación para la salud deben ser elementos sustanciales del proyecto educativo.

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

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

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

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

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

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

### **2.2 LOS ESPACIOS ESCOLARES Y SU ACCESIBILIDAD.**

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

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

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

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

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

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

En la planificación del espacio escolar hay que tener en consideración factores externos (clima, orientación, iluminación, ventilación, materiales a emplear, etc.), y los elementos que conforman ese espacio escolar, que deben ser flexibles, polivalentes y que posibiliten modificaciones para adaptarse a la diversidad del alumnado. Los espacios han de responder a las características, ritmos y necesidades de los alumno/as y de los adultos responsables del proceso de aprendizaje.

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

En cuanto al aula, su organización y adecuación es de suma importancia ya que es el espacio donde se producen los principales procesos de aprendizaje. El paso de la pedagogía de la homogeneidad a la pedagogía de la diversidad requiere reemplazar el

aula concebida para un proceso expositivo y pasivo de los alumnos, por un espacio flexible y dinámico que permita alteraciones, modificaciones y variantes acordes a las necesidades del alumnado. El aula debe conformarse para permitir diferentes tipos de agrupamientos del alumnado: gran grupo, pequeño grupo, parejas, también para la posibilidad del aislamiento y trabajo o juego individual. Su mobiliario: mesas, sillas, pizarras, estanterías, etc. ha de ser práctico para que pueda adaptarse a diferentes actividades, así como su disposición, a fin de facilitar la relación entre el alumnado entre sí y con el profesor. Mesas que sirvan para trabajar individualmente o en grupo y abatibles que se utilicen para trabajar y luego puedan guardarse para utilizar todo el espacio para actividades dinámicas.

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

Los comedores escolares son asimismo espacios muy adecuados para la promoción de una alimentación sana y equilibrada. Aparte que desde las diferentes actividades curriculares se puede trabajar el concepto de alimentación equilibrada y las formas de alcanzarla, es cada vez más el alto el porcentaje de niños y niñas que comen en los comedores escolares, por lo que disponer de menús saludables y equilibrados es un excelente punto de partida para que vayan aprendiendo hábitos y costumbres saludables.

Por otra parte, hay que reconocer la importancia de los espacios escolares externos al centro escolar, así como contemplar la posibilidad de utilizar el centro escolar, en horarios alternativos, por parte de la ciudadanía, cuestión que, sin duda, es más relevante en contextos urbanos vulnerables, con grandes carencias de equipamientos educativos culturales y recreativos. No hay que olvidar el uso de espacio externos al centro, como parte de la actividad del centro: comercios, supermercados, farmacias, ...

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

conductas, o palabras que impidan u obstaculicen el acceso, en condiciones de igualdad, de todas las personas; ni comunicativas con aquellos estudiantes con discapacidades auditivas.

Se ha mencionado anteriormente la importancia de considerar factores externos en la planificación del espacio escolar. Nos vamos a detener en las condiciones de climatización, entendiendo como tal el conjunto de la temperatura, la ventilación, la luz, la humedad o incluso, el aislamiento acústico. Estos parámetros permitirían la confortabilidad de los espacios, tanto interiores como exteriores, lo que repercutiría favorablemente en el rendimiento en las tareas que se propongan, tanto para el profesorado como para el alumnado. Condiciones climáticas adversas (excesivo frío o calor, falta de ventilación, excesiva o reducida humedad ambiental, exceso de ruido del exterior, mala iluminación natural...) tanto dentro de las aulas como en los espacios interiores comunes o las zonas exteriores como patios o zonas deportivas, perjudican notablemente la estancia y actividad propia de los centros escolares y, por tanto, la salud de la comunidad educativa. Hay que resaltar como de forma llamativa y evidentemente progresiva, son nuevas y extremas las condiciones climáticas a las que estamos sometidos. En este punto también cabe destacar cómo la ventilación adecuada de los espacios fue un aprendizaje al que fuimos obligados con la pandemia COVID.

En términos generales y en el medio escolar específicamente, hay que tomar medidas que se adapten a los nuevos tiempos climatológicos en el diseño y construcción de nuevos centros, al tiempo que también hay que rediseñar y/o adaptar los centros escolares existentes.

## **PROPUESTAS DE MEJORA**

- Reivindicar la importancia de diseñar y construir espacios escolares saludables para garantizar el bienestar físico, emocional y social de la infancia y la adolescencia.
- Reclamar planes de desarrollo, proyectos y estrategias conducentes a mejorar los espacios escolares para que realmente sean un factor poderoso del desarrollo del alumnado en todos sus aspectos: intelectual, cognitivo, psicomotor y afectivo, así como en su proceso de socialización.
- Reivindicar mayor impacto del marco legislativo sobre el ambiente y salud en las instituciones escolares para poder trabajar en ambientes saludables de aprendizaje
- Denunciar aquellas instalaciones escolares que, en general, representen un modelo obsoleto que no responda a las necesidades pedagógicas y de bienestar del alumnado y del profesorado.
- Considerar que los accesos e inmediateces del centro son también parte del espacio escolar.
- Reflexionar y debatir cómo los espacios escolares mejoran las relaciones interpersonales entre los estudiantes y qué protocolos de actuación serían convenientes establecer ante situaciones de violencia o acoso.
- Vigilar por una adecuada climatización en el diseño de nuevos centros educativos, así como promover con carácter preferente la adaptación en este sentido de los centros escolares existentes, con criterios de alta eficiencia energética, uso de energías renovables y de sostenibilidad medioambiental.
- Dotar de zonas naturales de sombra, con arbolado autóctono, a los patios y otras zonas externas de los centros educativos

## **2.3 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS COMEDORES ESCOLARES**

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

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

La educación nutricional sigue siendo una asignatura pendiente del sistema educativo y los comedores escolares pueden considerarse un marco idóneo en el que día a día, el alumnado pueda ir adquiriendo unos hábitos alimentarios saludables y donde se puedan poner de manifiesto posibles problemas de la alimentación.

### **2.3.2 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. MALNUTRICIÓN, OBESIDAD Y TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria)**

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

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

En Europa, aproximadamente el 25 % de los escolares presentan exceso de peso. España, según datos de NCD Risk Factor Collaboration de 2017, se sitúa entre los países de la OCDE con mayor porcentaje de sobrepeso infantil y adolescente, con un 33,80 %. Según el estudio PASOS, a fecha del 2019, un 20,7 % de los niños, niñas y adolescentes tienen sobrepeso y un 14,2 % obesidad, lo que suma un 34,9 % de exceso de peso.

La Encuesta Nacional de Salud en España de 2017, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ofrece unas cifras algo más bajas, 28,6% de obesidad y sobrepeso para niños y adolescentes de 2 a 17 años; si bien conviene señalar que en esta encuesta se utiliza información declarada por los encuestados frente a las que utilizan medias directas de talla y peso.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 NUTRICIÓN ADECUADA Y ESCUELA

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

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

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

La educación nutricional debe estar presente desde las primeras etapas del sistema educativo para evitar problemas de salud vinculados con la alimentación.

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

#### PROPUESTAS DE MEJORA

- Informar, sensibilizar y fortalecer a las familias, niños y adolescentes para promover la demanda de alimentos nutritivos y sanos.
- Orientar a los productores y proveedores de alimentos para que ofrezcan productos saludables para la infancia y la juventud.
- Construir entornos de alimentación sanos y justos para toda la infancia y la adolescencia.
- Recoger, analizar y utilizar datos de calidad para guiar las acciones y evaluar los programas.
- Para combatir la obesidad en los centros escolares, es esencial promover una dieta saludable y un estilo de vida activo.
- Los programas curriculares deben incluir formación sobre alimentos saludables y la importancia de seguir una dieta equilibrada. El alumnado debe aprender los

grupos de alimentos, los nutrientes esenciales y cómo seleccionar alimentos saludables.

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

#### **2.3.4 LOS COMEDORES ESCOLARES.**

Los comedores escolares cumplen una importante función educativa en varias vertientes: Objetivos básicos del comedor escolar, atendiendo a su carácter social y educativo son, además de cubrir las necesidades nutritivas del alumnado, la adquisición de hábitos alimentarios, de higiene, de salud y sociales en el marco de la educación para la convivencia en el centro.

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

La asistencia al comedor puede permitir conocer los alimentos básicos, adoptar hábitos de higiene y posturales, comprender y utilizar normas básicas de comportamiento en la mesa y conocer y utilizar correctamente los cubiertos, así como cualquier utensilio necesario para la alimentación.

El comedor escolar es un espacio idóneo para enfrentar algunos trastornos alimentarios: obesidad, anorexia, malnutrición, etc.

El uso del comedor fomenta el compañerismo y las actitudes de respeto, educación y tolerancia entre los miembros de la comunidad escolar.

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

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

Los comedores escolares son competencia de las CCAA.

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

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

### **PROPUESTAS DE MEJORA**

Todos los centros escolares públicos (Infantil, Primaria y Secundaria) deberían disponer, entre sus servicios complementarios, de comedor escolar, incorporado al Proyecto Educativo del centro, mediante un Plan Plurianual .

El comedor escolar debe tener un carácter universal y gratuito. Mientras esto no sea posible, la Administración educativa tiene que becar a todos los niños y niñas en situación vulnerable o de pobreza.

El comedor escolar ofrecerá no solo la comida del mediodía, sino también el desayuno y merienda en caso de necesidad de las familias.

La prestación del servicio del comedor escolar se realizará, como norma general, desde el mes de septiembre al mes de junio, durante los días lectivos del curso escolar y en algunos centros, con carácter extraordinario, en los días no lectivos.

Los menús que se sirvan seguirán las recomendaciones de las Administraciones sanitarias y de consumo y deberán ser revisados por dietistas-nutricionistas.

Los centros darán información de los menús, diaria, semanal o mensualmente, a las familias, con el fin que puedan planear el resto de las comidas del día.

Los centros dispondrán de cocina para elaborar los diferentes menús, desechando las comidas elaboradas industrialmente fuera del centro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En otros casos, los centros escolares intentan dar soluciones particulares a la situación: la demanda de enfermeras escolares, y también de médicos, ha crecido de un modo significativo en los últimos años y aún más desde la aparición de la pandemia. Siguiendo modelos foráneos donde la figura de la enfermera escolar está implantada desde hace décadas y forma parte de la plantilla de los centros, en España se ha reivindicado por parte de los colectivos de enfermeras, y últimamente también desde sectores de padres y madres, la conveniencia de dotar a cada centro con profesionales de la enfermería.

Realmente, y es de lamentar, no se ha producido esta incorporación después de un debate, que se antoja debe ser sosegado, con todos los sectores involucrados. Ni los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, ni los órganos de representación de las CCAA, los Consejos Interterritoriales respectivos, se han pronunciado al respecto.

Por ello, las Comunidades Autónomas han respondido de un modo totalmente dispar, lo que acaba generando diferencias territoriales muy marcadas. Como muestra de este descontrol podemos destacar que, mientras en algunos territorios la presencia de enfermería escolar es prácticamente testimonial, en la Comunidad de Madrid hay censados más de 1000 centros escolares con este servicio (cierre de 2023). O que mientras las enfermeras en los centros escolares de Andalucía dependen de la Consejería de Sanidad en su mayor parte, en la Comunidad de Madrid han sido nombradas desde la Consejería de Educación, cuando no contratadas directamente desde los centros, o por las asociaciones de familias u ofrecidas desde las empresas con las que se conciertan los servicios de comedor o extraescolares. Y más allá de la necesidad cierta de su presencia en los centros escolares en algunas ocasiones, esta presencia se anuncia como un elemento más, un servicio más, que ofrece el centro escolar de cara a rivalizar, a competir, con otros.

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

En cuanto a los centros escolares, se propone la figura de una enfermera que trabaje con la población escolar y con la comunidad educativa.

Esta enfermera debe tener el perfil de la Enfermera Familiar y Comunitaria (enfermera especialista con competencias en familia y comunidad) y perteneciente al organigrama de Atención Primaria, vinculada a uno o más centros de salud, en función de necesidades, y con acceso y comunicación, por lo tanto, al resto de recursos.

Su actividad no será asistencial en el centro de salud sino que estará articulada con los centros escolares en función principalmente de necesidades y condiciones de equidad.

Esta propuesta plantea un cambio en sus funciones respecto a las actuales al darle un enfoque completamente comunitario, coordinándose con otros recursos de la comunidad; y por ello creemos que es importante que la enfermera que interviene en los centros escolares tenga una visión amplia de la familia y la comunidad y cómo se relacionan entre ellas.

Participará junto con el claustro educativo en la elaboración de los contenidos de salud a trabajar a lo largo del año en las aulas y de cómo estos se integran en las materias. Podrá impartir sesiones de Educación para la Salud, pero sobre todo coordinará las actuaciones de las responsables de salud comunitaria de los centros de salud con los centros escolares en la planificación de las intervenciones de promoción de la salud en función de las necesidades del alumnado, familias y personal del centro.

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

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

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

Un compromiso general de promoción de la salud en el centro educativo

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

Otros aspectos básicos a considerar son:

- La formación del profesorado, esencial para la ejecución de cualquier programa de Educación para la Salud (EpS) en la escuela. Pero no todo es una cuestión de formación, sino que el profesor debe manifestar un interés por el tema, una voluntad de utilizar técnicas pedagógicas muy variadas, una sensibilidad especial hacia las necesidades del alumnado y ser capaz de comunicarse abiertamente con él.
- La colaboración entre la escuela primaria y secundaria. La creación de grupos de trabajo conjuntos puede ser un modelo apropiado, para dar continuidad a las estrategias y a los contenidos de la forma más adecuada.
- La comunicación con las familias, en cuanto que la educación es una responsabilidad compartida. El centro educativo tiene la responsabilidad de dar a conocer sus puntos de vista a todos los implicados y en especial a las familias. Así, las familias llegarán a comprender que juegan un papel complementario en el área de la EPS. Así sería más sencillo poder discutir los temas más sensibles como la educación afectivo sexual o la prevención del consumo de tóxicos.

- El centro puede tomar ciertas iniciativas para acercar el currículo del centro a las familias (talleres prácticos, participación presencial en actividades específicas, participación de las familias en la definición de objetivos del centro...) y extender la cultura del mismo, ese currículo oculto, a los hogares y figuras familiares de referencia del alumnado.
- La proyección del centro educativo en la comunidad y su imagen son elementos determinantes en la voluntad de las familias de participar en la vida del centro.
- La coordinación con la comunidad del entorno. Todas las iniciativas del centro escolar deben coordinarse con las iniciativas de la comunidad en la que está inmerso. Para optimizar la eficacia de los proyectos educativos de promoción y EPS, es importante considerar el apoyo y la coordinación de los recursos comunitarios. Esta dimensión nos lleva a incrementar el conocimiento, el intercambio de información y la coordinación de actuaciones entre el centro y los recursos sociosanitarios del entorno inmediato (centro de salud, servicios sociales, instalaciones municipales, asociaciones vecinales, asociaciones de comerciantes, etc.)
- La coordinación es una necesidad cuya consecución no está exenta de dificultades. los proyectos de promoción y educación para la salud deben prever medidas concretas que permitan asegurar su operatividad y una coordinación real entre todos los sectores de la comunidad educativa. la coordinación implica aunar esfuerzos y voluntades y definir y distribuir las tareas entre quienes participan.

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

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

Los contenidos de esta área transversal son amplios:

Cuidados personales, ejercicio, higiene, salud dental...  
 Alimentación saludable y nutrición  
 Seguridad y prevención de accidentes; primeros auxilios  
 Prevención y control de enfermedades  
 Relaciones personales y educación emocional (inteligencia emocional)  
 Educación afectivo sexual  
 Prevención sobre el consumo de sustancias tóxicas  
 Medio ambiente y salud  
 Educación para el consumo

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

Cuidado de uno mismo: higiene, alimentación, prevención de accidentes, enfermedades o consumo de tóxicos...

Salud relacional: inteligencia emocional, educación afectivo sexual  
En la comunidad: recursos, educación medio ambiental, consumo

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

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

En este sentido, analizamos los currículos de las diferentes etapas de enseñanza sobre la educación para la salud a partir de la implantación de los Reales Decretos de Enseñanzas Mínimas, que son las prescripciones que realiza el Ministerio de Educación sobre el qué enseñar, para, a posteriori, centrarnos en los currículos de la Comunidad de Madrid.

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

En el Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil, se contempla como finalidad de la Educación Infantil la de contribuir al desarrollo integral y armónico del alumnado en todas sus dimensiones: física, emocional, sexual, afectiva, social, cognitiva y artística, es decir, propiciar un estado de bienestar (salud) integral.

Más en concreto, este mismo Real Decreto, entre sus principios, contempla la Promoción y Educación para la Salud. Todavía, el citado Real Decreto incide más en la Educación para la Salud cuando, citando las competencias clave, dice que se espera que la adquisición de estas competencias a lo largo de su escolarización permita al alumnado prepararse para afrontar con éxito los principales retos del siglo XXI, entre los que incluye la competencia en planificar hábitos de vida saludables. Añade que la respuesta a estos y otros desafíos –entre los que existe una absoluta interdependencia– necesita de los conocimientos, destrezas y actitudes que subyacen a las competencias clave y son abordados de manera global desde todas las áreas que conforman la etapa.

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

El nuevo Real Decreto de Enseñanzas Mínimas para la etapa de Enseñanza Primaria, Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las

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

Siendo los anteriores Reales Decretos de Enseñanzas Mínimas de Infantil y Primaria prescriptivos para todas las comunidades autónomas, era de esperar que en el desarrollo de los mismos, se contemplara la Educación para la Salud de una manera adecuada.

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

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

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

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

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

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

Pero se puede apuntar una de ellas, la necesidad de experimentar más allá de lo ordinario.

En el currículo oculto del centro escolar, las instalaciones también son relevantes: servicios adecuados y limpios, papeleras, limpieza de patios y zonas comunes, iluminación y decoración de las aulas, etc, son imagen de cara a la comunidad y ejemplo práctico de EPS.

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

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

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

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

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

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

Se ha comprobado, desde hace tiempo, el efecto positivo de las emociones, incluso en aspectos de rendimiento académico, como por ejemplo la consolidación de la memoria, un aumento de la motivación, la curiosidad, las ganas de aprender, una amplitud de la agudeza y profundidad de la percepción e intuición. Por el contrario, un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual como: limitaciones en la memoria, dificultades en la percepción y en la atención, disminución de las asociaciones mentales.

Educar la inteligencia emocional de los estudiantes se ha convertido en una tarea necesaria en el ámbito educativo y la mayoría de los docentes consideramos primordial

el dominio de estas habilidades para el desarrollo evolutivo y socio-emocional de nuestros alumnos. En muchos países como EE UU, Singapur, Japón o Corea se han introducido programas sobre el aprendizaje social y emocional (SEL) en las escuelas. Es necesario cultivar “esta manera de ser” en el ámbito educativo y se hace aún mayor, e incluso de manera urgente, tras los últimos datos que se están recogiendo dentro de la población infantil y adolescente. Según la encuesta de salud mental del Ministerio de Sanidad del 2017:

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

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

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

Conocer cuáles son las emociones y reconocerlas en el resto de compañeros.

Aprender a autorregular esas emociones.

Prevenir conflictos entre alumnos y la resolución pacífica de los mismos.

Desarrollar una actitud de tolerancia frente a situaciones frustrantes.

Tener una actitud positiva en la vida y desarrollar la capacidad de automotivarse y la habilidad de generar emociones agradables.

La educación emocional y social implica el aprendizaje de habilidades, conocimientos y valores que aumentan nuestra capacidad de conocernos a nosotros mismos y a los demás con el fin de usar esa información para resolver problemas con flexibilidad y creatividad (la inteligencia emocional en el aula).

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

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

- Dejar que expresen sus emociones y sentimientos y hacer nosotros lo mismo
- Mostrar que la persona es importante.
- Enseñar que no podemos tener todo lo que queremos:autocontrol y autodominio
- Ante un problema, hay que reflexionar y actuar con calma, sin lastimar a otras personas. Las emociones desagradables se deben manifestar pero con control

- Tenemos que saber automotivarnos y motivar a los demás.
- Desarrollar la empatía: hay que prestar atención, saber escuchar y comprender los puntos de vista de los demás.

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

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

Para resolver conflictos hay que conversar. Tenemos que aprender que el conflicto es positivo y que las dos partes pueden ganar.

Dialogar con los alumnos y hacerles comprender la realidad y desarrollar un juicio crítico.

El ejemplo: tratar a los alumnos como nos gustaría que nos trataran a nosotros.

Reconocer y nombrar las diferentes emociones

## **PROPUESTAS DE MEJORA**

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

## 4. LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA

### 4.1 Introducción

La escuela es el instrumento primordial que se ha puesto en marcha en la época contemporánea para llevar a cabo la socialización de las generaciones jóvenes. Parte de las funciones que tradicionalmente desempeñaban la familia, la comunidad, las iglesias y otros agentes sociales en la formación de la infancia y la juventud han sido transferidas a la institución escolar, que no ha dejado de extenderse, generalizarse y ampliar sus funciones.

En todo caso, la familia, la comunidad y la sociedad continúan desempeñando funciones relevantes en la tarea educadora, lo que nos obliga a tenerlas en cuenta cuando hablamos de asuntos tan sensibles como la salud mental. La contribución de los tres sectores es muy destacada y adquirirá su mayor potencia cuando exista una cooperación efectiva entre todas ellas. Por ese motivo debemos hablar de una verdadera comunidad educativa, concepto que nos permite comprender la dinámica compleja de la actuación educadora teniendo en cuenta a todos los actores que en ella intervienen.

Refiriéndonos a la escuela propiamente dicha, debemos tener en cuenta que cumple una triple función: promueve el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes a su cargo, contribuye a su formación académica y profesional como miembros activos de la sociedad y hace posible su participación social en tanto que ciudadanos activos y responsables.

Las tres funciones están estrechamente entrelazadas, de modo que una escuela que atienda solamente a alguna de ellas debe considerarse parcial, falta de ambición. Teniendo en cuenta las edades de las personas que la escuela tiene a su cargo, hay que añadir además la obligación de cuidado que debe cumplir, especialmente cuando hablamos de la educación básica y obligatoria. Y esta última exigencia resulta también de gran relevancia cuando hablamos de salud mental.

Los modelos avanzados de escolarización, como es el español, organizan la enseñanza y el aprendizaje tomando como punto de referencia el desarrollo de un conjunto de competencias clave, que en nuestro caso vienen recomendadas por la Unión Europea para todos los países miembros.

De acuerdo con esa concepción, los niños, niñas y adolescentes deben desarrollar a lo largo de su escolaridad básica unas competencias de diverso tipo (lingüísticas, matemáticas, científicas, culturales, sociales, digitales, emocionales, ...), cuyo aprendizaje se organiza a través de diversos medios, materias, actividades y trabajos.

Esta concepción amplia incluye tanto la enseñanza de materias tradicionales (matemáticas, lenguas, ciencias, educación física, artes) como el aprendizaje de otras competencias que amplían el panorama formativo con una aspiración de integralidad (competencia digital, competencia global, ciudadanía, desarrollo socioemocional, ética social y cultural, diversidad social étnica y religiosa, orientación e identidad sexual). Si bien existe un debate acerca del peso relativo de unas y otras, hoy en día todas ellas resultan irrenunciables y deben encontrar su lugar en el ámbito escolar, tanto a través de los procesos de enseñanza formal como del funcionamiento participativo cotidiano de la escuela.

Además de hacer posible la adquisición de dichas competencias, la pandemia de Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de atender otros ámbitos fundamentales para la vida de los niños, niñas y adolescentes: la convivencia social (como expresión del reconocimiento del otro); el papel de la amistad y las amistades (incluyendo las fobias y filias); la norma ética y normativa de la propia convivencia (referida a la cultura, la raza o la diversidad sexual); la inestimable función del respeto al otro (cuya falta evidencia la presencia de acoso y ciberacoso); la educación sexual integral (como inexcusable necesidad que tiene, como valor añadido, la perspectiva de prevenir el uso de la pornografía y de la violencia sexual); la igualdad de sexos; y, por fin, la nueva socialización y sus consecuencias (como la relativa al uso de las pantallas y sus efectos de hiperconsumo o conducta adictiva sin sustancias).

En cuanto a las tareas y funciones a desarrollar por la escuela en la salud mental, pueden verse de forma comparada con las de otras instituciones en la siguiente tabla, donde se señala los campos prioritarios de intervención para los servicios pedagógicos y psicopedagógicos: la promoción y prevención de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, la detección de los problemas mentales y la consiguiente notificación a las familias para su derivación a los servicios de atención primaria; además debe contribuir a los campos de apoyo social, la rehabilitación social y pedagógica y a la resocialización.

**Impacto en tareas asignadas a diferentes servicios y niveles asistenciales en SM**

	SS.SS.	Coleg	Psped	A1ª	SM	SMI
Promoción	+	++	+	+++	±	++
Prevención	+	++	+	++	+	++
Detección	++	+++	++	+++	+	±
Derivación	++	++	+	+++	±	-
Evaluación	±	±	+	+	±	+++
Diagnóstico	-	-	±	-	+	+++
Tratamiento	-	-	-	±	±	+++
Apoyo social	+++	++	+	±	-	±
Seguimiento	+	+	+	++	-	+++
Rehabilitación	+	++	+++	+	-	++
Resocialización	++	++	+	-	-	+

Fuente: J.L. Pedreira, J.L. Alcázar & J. Tomás (1999)

Cualquier actividad preventiva en el ámbito escolar debe contemplar el conjunto de la comunidad educativa: alumnado, familias, docentes, personal educativo, equipos directivos, asociaciones, entidades y administración pública.

Lo importante en el tratamiento de la salud mental en el ámbito escolar no es diagnosticar, sino tener sensibilidad para detectar los cambios y saber escuchar las necesidades de los alumnos escolares y del conjunto de la comunidad educativa. No es función de la escuela hacer diagnósticos clínicos, no es el lugar, como tampoco es el lugar de hacer las terapias psicológicas, sino de establecer un amplio campo de acción educativa y de disponer de herramientas de intervención que se adapten a las particularidades concretas a cada caso, no a cada diagnóstico.

En los sistemas educativos cabría la posibilidad de existencia de profesionales de la psicología, pero desde la perspectiva psicoeducativa y no para asistencia clínica. Otra cosa es asegurar la cobertura de salud mental a los centros educativos que debe realizarse como parte importante de la orientación de salud mental comunitaria, como se contempla en la Estrategia de Salud Mental del SNS.

Los profesionales de la psicología clínica y de la psicología general sanitaria deben estar integrados en los equipos de Salud mental comunitaria, ubicados en los centros de salud mental. Para lo que estos centros de salud mental deberán ser dotados de los profesionales necesarios para dar esa cobertura a los servicios y dispositivos comunitarios (Atención Primaria, Centros escolares, Servicios sociales) y a las demandas de la propia comunidad.

Otra cuestión son los profesionales de la psicología educativa y psicopedagogía que dependen del sistema educativo y de los centros escolares, para desarrollar estas labores propias de detección precoz de los problemas de salud mental de los escolares, para realizar una correcta derivación a los servicios de salud mental y para establecer el seguimiento, rehabilitación y resocialización de estos escolares afectados con problemas de salud mental, en coordinación con los dispositivos de Salud Mental infantil.

Se debe llamar la atención acerca del uso indiscriminado de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales para intentar catalogar a los alumnos. Según consta en todos los sistemas de clasificación, solamente pueden ser utilizados tras haber recibido una formación específica para su utilización e interpretación, puesto que los términos y las categorías tienen que ver con conceptos psicopatológicos. También es fundamental señalar que no existen escalas específicas con criterios DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) sino que son "pseudoescalas" que solo hacen un listado de los criterios diagnósticos, lo que no representa las características de una escala.

En los trastornos mentales no existen síntomas patognomónicos o característicos de cada proceso, pues la gran mayoría de los síntomas son similares en todos los procesos mentales, si bien varían en la intensidad, la forma de presentación y su yugulación, es decir, la disminución o contrarrestación paulatina de la clínica o de los síntomas de cada uno de los procesos.

Investigar estas características redefinen los síntomas, lo que se hace por una técnica precisa que se denomina semiología que delimita la patoplastia o forma de presentación sintomática de algún proceso concreto en un momento determinado.

Existen múltiples factores de riesgo con un impacto negativo sobre el bienestar mental en la infancia como el acoso escolar, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, o la violencia sexual online, el maltrato emocional por parte de progenitores o cuidadores y la violencia entre iguales; también en estos aparece a menudo la vulnerabilidad económica como factor concurrente y, en estos tiempos las secuelas del postcovid y el confinamiento en los domicilios.

## 4.2 Los escolares: Niños, niñas y adolescentes

Lo primero que debemos señalar es que no hay menores, sino niños, niñas y adolescentes. Este cambio terminológico es fundamental, insistimos: no se debiera utilizar el término menores para referirse a la infancia y la adolescencia, salvo en casos relativos a la actividad del sistema judicial.

¿A qué dificultades deben hacer frente en la escuela los niños, niñas y adolescentes?

**Dificultades de aprendizaje:** sea por discapacidad intelectual, sea por otras causas (no todo es TEA, de hecho, solo es un pequeño porcentaje); otro grupo se refiere a las dificultades selectivas del aprendizaje (dislexia, discalculias, disgrafía, disortografía); un grupo más impreciso y heterogéneo se debe a la baja motivación que, en buena parte, se une a dificultades derivadas del funcionamiento de la propia estructura educativa y/o a las actitudes familiares ante el aprendizaje.

**Dificultades de adaptación:** el proceso de adaptación a circunstancias nuevas, en muchas ocasiones origina síntomas de tipo adaptativo, que se expresan como dificultades relacionales (tipo inhibición, retraimiento vs violencia, abusos sexuales). En algunos casos extremos pueden expresarse como dificultades en la integración o relaciones sociales, y las como confrontaciones culturales y/o religiosas.

**Somatizaciones:** las más frecuentes son las abdominalgias y cefaleas, como expresión de un momento relacional dado y en personas que es difícil que expresen sus emociones de otro tipo. No es muy detectado en la escuela, pues se suele acudir con más frecuencia a la atención primaria.

**Dificultades de comportamiento:** la alteración comportamental suele ser la forma más prevalente de presentarse los malestares mentales y emocionales. El comportamiento disruptivo en situaciones dadas, la impulsividad poco controlada (hay que considerar que la impulsividad es un síntoma que debe ser enseñado a controlarse) y, en casos extremos, la agresividad social individual o en grupo, cuya significación es más específica. Un comportamiento alterado de forma específica se refiere a las conductas adictivas, sean con sustancias (habitualmente en la adolescencia y por consumo de cannabis) o conductas adictivas comportamentales o sin sustancias (es clave la dependencia de las pantallas, sobre todo el teléfono móvil y los video juegos, cuya prevalencia se incrementó a partir del confinamiento durante la pandemia por covid-19).

Las formas más frecuentes de presentación de este tipo de violencia social son: la agresividad y violencia en la escuela y en la calle, con dos formas de expresión prevalente, el pandillismo y la adopción de comportamientos disfuncionales en grupo, incluido el vandalismo hacia el mobiliario urbano; el consumo de sustancias de

abuso, otra de las formas de expresarse esta alteración comportamental, siendo el cannabis el consumo más prevalente, que origina alteraciones comportamentales de tipo paranoide con un consumo superior a dos años, en personas vulnerables; la violencia sexual, muchas veces en forma de conductas machistas (control y agresión del chico hacia la chica), de la que se detecta en los últimos meses un incremento; los efectos de la ausencia de educación sexual, con sus secuelas de incremento en el consumo de pornografía, que aporta todo tipo de distorsiones sobre las prácticas sexuales sanas y puede favorecer la emergencia de las violaciones en grupo.

**Malos tratos y abusos sexuales:** la detección de los malos tratos y/o abusos sexuales es una tarea muy importante, pero hemos de saber detectar los factores de riesgo, sabiendo que pueden haber sido cometidos fuera del ámbito escolar (habitualmente en el medio familiar y con familias en las que existe violencia machista, apareciendo en los hijos e hijas la violencia vicaria) o bien la que acontece entre los pares en determinadas situaciones.

**Acoso y ciberacoso:** Es preciso definir de forma clara el concepto de acoso escolar o bullying, que no es cualquier tipo de violencia en la escuela, y tampoco acontece a cualquier persona o cualquier lugar. Se entiende por acoso escolar un tipo de conducta agresiva, intencionada y perjudicial, que se presenta de forma persistente, mantenida en el tiempo (semanas, meses o años), guiada por un individuo o un grupo, que se dirige a una víctima habitual incapaz de defenderse y que se desarrolla en el ámbito escolar.

En el grupo de pares destaca la pasividad, expresión latente de un discurso similar a “mientras se lo hacen a otro, no me lo hacen a mí”; lo cierto es que esta actitud de pasividad hace que sus compañeros sean verdaderos cómplices de la situación y que el bullying sea una conducta encubierta, tal y como lo describe con precisión el Prof. Epstein: el acoso escolar es el “silencio epidémico”.

En el momento actual cerca del 60% de las circunstancias de acoso se realizan por medio del ciberacoso, con lo que la inmediatez y ser realizado en cualquier lugar y a cualquier hora es una verdadera realidad que actúa en contra del niño, niña o adolescente acosado, tal como aconteció durante la pandemia y el confinamiento, con todas las consecuencias a posteriori que se han ido sucediendo.

En general en las personas acosadas aparecen síntomas aislados o mezcla de las siguientes series: elevado nivel de ansiedad, somatizaciones, trastornos del comportamiento, dificultades de concentración y de aprendizaje, síntomas depresivos, aislamiento social, miedo generalizado, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, conductas regresivas, trastornos disociativos y conversivos, en casos extremos y unido a otros factores de riesgo, como son las características propias de carácter y rasgos de personalidad, puede aparecer algún tipo de conductas autolíticas (autolesiones, ideación, tentativa).

Los grandes cuadros psicopatológicos (psicosis, depresión, TDAH, TCA),: precisan un diagnóstico profesional específico, hay que considerar que la mayoría de los síntomas aparecen en casi todos los cuadros clínicos, siendo una cuidadosa semiología y la experiencia clínica las que configuran ese diagnóstico tan preciso. Hay que considerar que los diagnósticos clínicos no son función del ámbito escolar, siendo más adecuado resaltar los síntomas de cambio que acontecen en los chicos y chicas y situarlos en los síndromes más amplios, como son comportamiento, humor, rendimiento escolar, relación interpersonal, cuadros somatizados.

**Conductas autolíticas (autolesiones, ideación, tentativa):** La presentación de un cambio relacional, un retraimiento excesivo, la alteración del humor habitual, la verbalización de ideas de muerte o directamente autolíticas a personas de su entorno más cercano, señales de autolesiones en las muñecas u otras zonas corporales. Es importante conocer que las personas LGTBI, sobre todo las del grupo transexual tienen más de 3 veces de posibilidades, que las personas que no tienen este tipo de identidades, de presentar este tipo de alteraciones, sobre todo a situaciones de acoso o ciberacoso previos.

### 4.3 La escuela y el profesorado

La escuela es un lugar privilegiado donde se manifiestan algunos signos de alarma que pueden resultar significativos para evaluar el funcionamiento mental del alumnado. Por una parte, los datos de interés y motivación para el aprendizaje, de los que dependen el rendimiento y la progresión escolar, constituyen un importante elemento de información y de alarma, en su caso.

También el conocimiento del entorno familiar, en tanto que estímulo o freno del proceso educativo, aporta una información relevante. La educación y la actitud educativa son factores que también están condicionados por el entorno socioeconómico de las familias, por lo que deben contemplarse en una perspectiva amplia.

El docente es un observador privilegiado para percibir el estado de salud de su alumnado a través de indicadores externos (aspecto externo, atención en clase, etc.) y un importante transmisor de mensajes de salud tanto individual como colectiva del grupo a través del modelo de relación y clima emocional que establece en el aula. Más concretamente, desempeña una función importante para la detección de alteraciones de la salud mental de su alumnado y para informar a las familias para que deriven los casos a los servicios de atención primaria. El profesorado se constituye como un actor fundamental para la salud mental del alumnado y, por ende, como agente de salud y con muchas potencialidades.

Esas potencialidades deben desarrollarse con las competencias oportunas, que deben siempre entenderse dentro del ámbito profesional del docente. No puede pretenderse que todos los docentes tengan formación sanitaria avanzada, ni se pueden exigir al profesorado actuaciones que desborden su quehacer específico. Los docentes no son especialistas, sino que actúan en este caso como agentes de salud y, como tales, se sitúan en una posición muy importante para la observación de las circunstancias que acontecen en la institución escolar, pero siempre desde el lugar que les compete: no son clínicos y no tienen por qué hacer diagnósticos, basta con que sepan señalar los cambios que acontecen en la evolución de cada caso y observar el encuadre general de los procesos del alumnado. En consecuencia, es importante que tengan una formación suficiente acerca de la educación para la salud y que los proyectos de centro la incorporen desde una perspectiva transversal.

Otra función clave que los docentes deben desempeñar consiste en la contención e integración de la diversidad, con el fin que no existan segregaciones precoces que puedan dar lugar a marginación o estratificaciones inadecuadas. El trabajo con las familias y con el colectivo del alumnado como grupo es fundamental.

#### 4.4 Las familias

Las familias constituyen el tercer pilar de la comunidad educativa en el campo de la salud mental. Ellas aportan la continuidad de cuidados y son el caldo de cultivo donde se desarrollan los valores y las actitudes en la infancia y adolescencia.

Las familias tienen la llave para comprender los comportamientos y el proceso vincular del alumnado, siendo claves ambos aspectos para el proceso de aprendizaje y para el desarrollo relacional de la infancia y la adolescencia. Su colaboración es capital para la comprensión de la actitud general hacia el aprendizaje, para la contención de los problemas que se presentan, sobre todo los de salud mental, estimulan la comprensión hacia la infancia y adolescencia diferente y, por fin, aportan valor añadido aportando sensibilidad hacia estos problemas.

En algunas familias existe un cierto pudor en exponer las dificultades que pasan, sobre todo en lo que atañe a sus hijos e hijas, lo interpretan como un exceso de protección, pero estas actitudes no solo no protegen a sus hijos e hijas, sino que les dejan al albur de las circunstancias externas con una menor capacidad de defensa y de adaptación.

Las familias no tienen que diagnosticar, sino detectar los cambios que acontecen en sus hijos e hijas, observando tanto la entidad como la intensidad de esos cambios.

Además, las familias son fundamentales para establecer la demanda a los servicios de atención primaria, así como para asegurar la continuidad terapéutica de lo que se prescriba.

#### 4.5 El entorno extraescolar

Demasiado a menudo el acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en España se convierte en una carrera de obstáculos. Los casos diagnosticados son sólo la punta del iceberg y, demasiadas veces, la detección se produce cuando el problema ya está muy avanzado o es incluso demasiado tarde. De esta forma, las listas de espera se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema a la vez que el trastorno suele ir empeorando o cronicándose.

Por ese motivo, es necesario que la escuela colabore con los agentes sociales en el diseño y desarrollo de proyectos comunitarios de educación para la salud.

#### PROPUESTAS DE MEJORA

- Mejorar la formación del profesorado en el funcionamiento mental de la infancia y la adolescencia (seminarios, talleres de trabajo).
- Establecer un Centro de Formación Permanente del profesorado que coordine este tipo de actividades formativas.

- Aportar herramientas de trabajo y de screening de trastornos mentales, que sean útiles, sencillas y contrastadas en clave preventiva, como puede ser el caso de la Guía Sanitaria Escolar.
- Reforzar la cantidad y calidad de contenidos relacionados con el cuidado de la salud mental de la infancia y adolescencia en internet y en las redes sociales, habilitando también líneas de ayuda o información, y protegiendo a los niños frente a contenidos altamente dañinos y peligrosos para su salud mental, como los sitios que incitan al suicidio, al consumo de drogas o alcohol, a las apuestas, o a tener hábitos alimenticios peligrosos.
- Diseñar medidas específicas para lograr la inclusión educativa de los niños, niñas y adolescentes que padecen problemas de salud mental, y tomar medidas para evitar el abandono escolar, y cualquier tipo de discriminación y/o estigma.
- Incrementar la sensibilidad para los problemas de salud mental y las personas que sufren problemas de este tipo, evitando el “etiquetaje” diagnóstico.
- Obtener formación adecuada sobre las personas LGTBI en la infancia y la adolescencia.
- Conocer los factores de riesgo en el caso del acoso y del ciberacoso.
- Identificar los factores de riesgo en el caso de las conductas autolíticas, así como su abordaje en las aulas.
- Aumento del número de profesionales vinculados a los Equipos de Atención Temprana y a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

## 5. PROPUESTAS GENERALES

- 5.1 Organizar un debate claro y participativo a nivel nacional sobre el abordaje de la salud en la escuela, con rango normativo. Deben participar los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, las Consejerías respectivas de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas, las Asociaciones de Padres y Madres y los sindicatos docentes.
- 5.2 Incluir la Educación para la Salud en los decretos de currículos de las diferentes etapas educativas, desde Infantil hasta Bachillerato, con la suficiente entidad y horario para que el alumnado adquiera competencias en hábitos de salud.
- 5.3 Incentivar en la elección de Objetivos Generales y Específicos de la Programación anual de los centros, la presencia de objetivos centrados en la Promoción /Educación para la Salud.

- 5.4 Obligar a todos los centros financiados con fondos públicos que respeten la atención a la diversidad y que cualquier centro educativo se ajuste a la ley para evitar que se conviertan en guetos y que se especialicen en la atención de un solo tipo de alumnado.
- 5.5 Establecer normativas específicas de atención a la salud para los centros con necesidades especiales por ser centros de integración, por contar con alumnado con enfermedades crónicas, por su excesiva masificación, por características específicas de su entorno, etc.
- 5.6 Que el centro escolar esté suficientemente dotado de recursos y de apoyo por parte de la administración.
- 5.7 Que el equipo directivo fomente la cooperación del profesorado y la colaboración entre los diferentes estamentos del centro.
- 5.8 Formar al profesorado para poder intervenir en situaciones de urgencia hasta que intervengan los servicios de socorro. De forma extensiva, deberá incentivarse la formación en primeros auxilios en todo el personal de los centros educativos. También deberá ser formado para detectar posibles señales de problemas de salud de su alumnado.
- 5.9 Generar vínculos estables de colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Educación de Sanidad que permitan intensificar, coordinar y visibilizar toda la programación de Promoción /Educación para la salud con los centros educativos como referentes, incluyendo determinadas campañas escolares de carácter puntual.
- 5.10 Facilitar e incentivar la colaboración externa de diferentes entidades, públicas o privadas, como centros sanitarios, asociaciones de pacientes o de índole sanitario, asociaciones de consumo o de comerciantes, asociaciones vecinales, empresas privadas, fundaciones, etc. en programas de Promoción / Educación para la Salud con los centros escolares.
- 5.11 Trasladar a las universidades madrileñas la necesidad de incluir, en los planes de estudio del grado de Magisterio y de los másteres de formación de profesorado de educación secundaria y formación profesional, una materia optativa relacionada con la educación para la salud física, social y psíquica de los alumnos.
- 5.12 Reforzar el papel de la Atención Primaria en la prevención, detección y atención de trastornos mentales y psicológicos, a través de programas de formación obligatoria dirigida a pediatras y de la incorporación de psicólogos clínicos o psicólogos generales sanitarios en los centros de salud. Garantizar, a su vez, el apoyo de la psiquiatría de enlace e interconsulta y la derivación rápida a recursos de la red pública de salud mental.
- 5.13 Proponer medidas específicas (incluidas normativas sobre acceso y publicidad) para prevenir y atajar determinadas prácticas y problemas asociados a problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, incorporando una perspectiva de género: malos tratos (negligencia y violencia), abuso sexual,

bullying, ciberacoso, sextorsión, suicidio, discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género, xenofobia, consumo de alcohol, adicciones a sustancias tóxicas, tecnologías y apuestas, así como otras conductas de riesgo. Así como medidas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria ampliamente asociados a la adolescencia, tales como la anorexia o la bulimia.

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

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

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

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

5.18 Que se reconozca y se dé formación a la figura del Coordinador de Bienestar y Protección. El profesorado y el alumnado necesita de un referente a nivel de convivencia, que tenga las herramientas y el tiempo necesario para poder abarcar el trabajo emocional.

5.19 Implementar en todos los centros educativos de la Comunidad de Madrid las siguientes figuras:

**Agente de Salud:** atención al alumnado con necesidad de supervisión clínica, atención de emergencias sanitarias, generar protocolos de emergencia y seguridad, supervisar las acciones y programas de Promoción / Educación para la salud, organizar cursos de primeros auxilios y en general para profesorado, alumnado o familias, coordinar con los centros sanitarios del entorno del centro... entre otras

**Técnico de Integración Social,** figura que convertiría a los espacios comunes, patios y comedores, de herramientas pedagógicas, fundamentales en el desarrollo del alumnado, ya que creando estructuras educativas donde los niños se sientan integrados, pongan en práctica sus habilidades sociales y se pueda controlar estos espacios donde suceden la mayoría de los conflictos.

5.20 Crear el Punto E en todas las escuelas, con el fin de que todos los recursos que trabajan con infancia y adolescencia puedan acceder a los centros educativos, darse a conocer y estar en contacto con toda la comunidad educativa, es imprescindible

para hacer un buen trabajo en red y que se pueda intervenir rápidamente en cuanto haya alguna situación de riesgo.

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

## 6. ANEXOS

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

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

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

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

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

Desde los primeros años de la vida se desarrollan conductas y formas de vivir que pueden dañar la salud en el futuro y ser un freno para el normal desenvolvimiento de la actividad escolar. De ahí el interés por conseguir, a través de la educación, implementar formas de vida saludable que favorezcan el bienestar personal, la prevención de accidentes, enfermedades, contagios, etc., por medio de costumbres sanas.

La escuela debe convertirse, por lo tanto, a nuestro juicio, en un agente promotor de salud, incluyendo, en sus currículos, programas de salud (con objetivos y contenidos básicos y, sobre todo, competencias referidas a alimentación y nutrición, prevención de enfermedades y accidentes, educación vial, salud mental, higiene y salud, entre otros) y convirtiéndose en un ejemplo de vida saludable. No debemos olvidar tampoco que lo que se pretende es que los niños de estas edades sean competentes en acciones que coadyuven a conseguir un estado de salud positivo.

Desde la institución escolar, la educación no puede preocuparse solo de los aspectos individuales, sino también de los sociales y medioambientales. Esto supone ampliar el

concepto de currículo, más allá de los conceptos y conocimientos, integrando los procedimientos de salud, superando incluso las actuaciones preventivas para promover una escuela de salud, a través de las actitudes de valoración de todo lo referido a una vida saludable y al comportamiento en un medio saludable que deben asumir los alumnos como medio ordinario de vida.

## 6.2 SITUACIÓN ACTUAL. RESULTADOS DEL ESTUDIO HBSC 2018

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

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

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

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

El 45% de las/los adolescentes no realiza un desayuno completo todos los días. Solo el 18% come varias veces al día fruta y solo el 14% come verdura varias veces al día. El 65% consume bebidas azucaradas semanalmente y el 20% bebidas energéticas. Más del 15% consume bebidas azucaradas todos los días. (Y cuando las/los adolescentes tienen un mayor poder adquisitivo todos estos datos mejoran).

Solo el 20% realiza actividad física todos los días. El porcentaje disminuye con la edad; solo el 8% de las chicas de 17-18 la realizan diariamente.

El porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad autorreferido es del 17.5%. Las chicas tienen una peor percepción y satisfacción de su imagen corporal, llegando hasta el 40% de chicas mayores de 15 años que percibe su cuerpo "un poco o demasiado gordo".

El cepillado dental óptimo solo se da en el 56% de los chicos. Menos de la mitad de los adolescentes duerme el número de horas recomendado para su edad los días entre semana.

En el grupo de 17-18 años, el 11% fuma a diario y el 18% consume alcohol semanalmente. El 18% de la población mayor de 15 años ha consumido cachimba y el 13% cannabis, en el último mes.

El 13% ha realizado hurtos en tiendas el último año, el 9% ha destrozado mobiliario urbano o el 16% ha discutido violentamente con un profesor o profesora. Estas cifras son hasta el doble o el triple en los varones.

El 35% de las/los adolescentes de 15-18 años han mantenido relaciones sexuales coitales. El 25% declaró no haber utilizado preservativo en la última relación coital. El 11% solo utilizó la “marcha atrás” en la última relación. El 32% de las chicas que han tenido relaciones sexuales han recurrido alguna vez a la “píldora del día después” y el 5% han estado embarazadas alguna vez.

Los/las adolescentes perciben una mejor comunicación y mayor conocimiento de sus vidas por parte de sus madres que de sus padres. El apoyo y satisfacción familiares son altos, pero disminuye con la edad.

El acoso escolar o bullying es sufrido por el 12%; es mayor a edades más bajas. Casi el 15% de los chicos y el 10% de las chicas han participado en episodios de acoso escolar.

El trabajo escolar le supone un elevado estrés al 28% de adolescentes, pero mucho más a las chicas y conforme avanza la edad, hasta el punto de que casi la mitad de las chicas de 17-18 años experimenta alto estrés escolar. A casi la mitad de las/los adolescentes de 17-18 años no les gusta el instituto.

Más de un tercio de los adolescentes declara tener algún tipo de malestar físico y más de la mitad han experimentado algún tipo de malestar psicológico casi todas las semanas.

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

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

407 de los 511 centros educativos participantes respondieron al cuestionario. En el 52% de los centros, las familias no participan en el diseño y desarrollo de medidas de promoción de la salud. En el 81% de las declaraciones de objetivos en los centros se contienen explícitamente temas de salud o promoción de la salud.

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

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

## 7. Bibliografía

- [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4057\\_d\\_guia-escuela-saludableysegura.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4057_d_guia-escuela-saludableysegura.pdf)
- <https://www.colegiossaludables.com/>
- Ministerio de Sanidad (2022): Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Servicio Publicaciones del Ministerio de Sanidad. Págs. 74-108.
- Pedreira Massa, J.L. (2023): Salud Mental de la pandemia por la covid-19: Recorridos, tránsitos y encrucijadas. Madrid: Editorial Morata, págs. 19-102.
- Pedreira Massa, J.L. (2023): Salud Mental en la pandemia covid-19: Hacia la pospandemia. Madrid: CIS.
- Salvador Llivina, Teresa. Suelves Joanxich, Josep M. "Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo". Ministerio de Educación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- Tezanos, J.F. (Ed.) (2022): Cambios sociales en tiempos de pandemia. Madrid: CIS. Págs.: 23-202; 345-442; 729-770; 873-953.
- Young, I. y Williams, T. (editores). "The Healthy School" Edimburgo: Scottish Health Education Group, 1989.
- VV.AA. "La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018".
  - Ministerio de Sanidad. 2021.
- VV.AA. "Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas". Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1997.

## 8. AUTORES: GRUPO DE TRABAJO DE ESCUELA SALUDABLE

- Carmen Durán  
Profesora de Inglés de ESO y Bachillerato, directora pedagógica del Colegio Gaudem  
Vocal de la Junta Directiva de SOCISALUD. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Escuela Saludable
- Adolfo García Ortega  
Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)  
Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)
- Aurora Ruiz  
Profesora jubilada de Física y Química.  
Coordinadora del colectivo Lorenzo Luzuriaga  
Exdirectora Gral. de Educación de la Comunidad de Madrid
- Jaime de León Hernández  
Psiquiatra de Centro de Salud Mental  
Presidente FAPA de Rivas Vaciamadrid
- Diego Rodríguez Más  
Diplomado en Trabajo Social  
Experto en Mediación y Gestión de conflictos  
Trabajador Social en Ayuntamiento de Madrid
- Juan López  
Asesor del Ministerio de Cultura  
Ex inspector Central de Educación  
Gabinete del Secretario de Estado de Educación
- José Luis Pedreira  
Psiquiatra y Psicoterapeuta infancia y adolescencia  
Profesor jubilado de Psicopatología y de Salud Pública, UNED
- Alejandro Tiana  
Profesor Emérito, UNED  
Ex Rector, UNED  
Ex Secretario de Estado de Educación
- M<sup>a</sup> de los Ángeles Sáez  
Licenciada en Filología inglesa  
Profesora y Jefa de Estudios, CEIP Perú  
Colaboradora del colectivo Lorenzo Luzuriaga y del Grupo Atlántida
- María Luisa Gascón Lapaz  
Enfermera Familiar y Comunitaria en CS Ángela Uriarte  
Junta Directiva Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria



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

Febrero 2024