

30

Barcelona Societat

Revista de investigació y anàlisis social



Ajuntament
de Barcelona

Febrero 2024

Palabras clave: Relaciones interpersonales, infancia, adolescencia, educación para la salud, marco conceptual, violencia

Promoción de las relaciones saludables y equitativas en contextos de educación formal

Lluís Forcadell-Díez^{a,b}, Olga Juárez^a, Daniel G. Abiétar^{a,b}, María José López^{a,b,c,d} y Glòria Pérez^{a,b,c,d}

Las relaciones interpersonales ejercen una influencia significativa en la salud: cuando son equitativas, contribuyen al bienestar, pero cuando son asimétricas y jerárquicas, afectan negativamente la salud. Este artículo propone un marco conceptual centrado en los determinantes sociales de la salud y los principios de equidad y justicia en relación con los modelos relacionales y la educación. El texto identifica los denominados "determinantes estructurales", como la opresión sistémica y el contexto socio histórico que tienden a normalizar expresiones de violencia. Por otro lado, los "determinantes intermedios" incluyen aspectos individuales, psicosociales, conductuales y comunitarios que afectan la salud a través de patrones relacionales que pueden derivar en problemas como la reducción de la autoestima, la ansiedad, el estrés, la depresión y la aceptación de la violencia. El texto sugiere seis áreas de intervención educativa para promover relaciones saludables y equitativas que beneficien el bienestar, el estado de salud y la protección contra la violencia. Estas intervenciones socioeducativas pueden ser efectivas para fomentar modelos relacionales más positivos y equitativos.

Introducción

Las relaciones interpersonales constituyen un determinante social crucial para la salud, fundamental tanto a nivel individual como colectivo (Dahlberg y Krug, 2006; Solar y Irwin, 2010). Dichas relaciones son consideradas saludables cuando la sucesión de interacciones aporta bienestar, posibilitando el desarrollo tanto a nivel individual como colectivo, y asociándose con afectividad y emocionalidad positivas. Las relaciones saludables son intrínsecamente equitativas; para ser fuente de bienestar, deben ser voluntarias y abordar cuestiones relacionadas con el poder. Asimismo, para facilitar el desarrollo mutuo, deben basarse en la interdependencia, atendiendo a las diversas necesidades, realidades y aspiraciones de las personas involucradas. Las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier comunidad conforman una red de interacciones simultáneas ampliamente heterogéneas.

a. Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona

b. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

c. CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Madrid

d. Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona

Por lo tanto, su estudio frecuentemente se ha fragmentado en tipologías (Aron et al., 1996), como las relaciones de pareja y la relación madre-hija, o dicotomías grupales como profesorado-alumnado o empresario-trabajadoras.

Los determinantes sociales de la salud comprenden todas aquellas condiciones de la vida de las personas que influyen en su estado de salud (Marmot et al., 2013). Estas condiciones explican la mayor parte de las desigualdades sociales en salud, entendidas como las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre diversos grupos de personas (Whitehead, 1992). Mantener relaciones saludables y equitativas repercute positivamente en la salud, contribuyendo al bienestar físico, mental, emocional y social (OMS, 1946). No obstante, en la investigación sobre la relación entre relaciones interpersonales y salud, el enfoque se ha centrado en comprender los efectos negativos para la salud de ciertos patrones relacionales. Por lo tanto, existe poca investigación sobre el impacto de modelos saludables y equitativos en la salud, pero se corrobora repetidamente el impacto negativo de experiencias de violencia y discriminación en la salud física, mental y social, incluyendo el racismo (Paradies et al., 2015) y experiencias de abuso y violencia, como la violencia de pareja (Blanco et al., 2004). Estas violencias son manifestaciones de relaciones de poder. El poder debe concebirse no como algo que se posee o se obtiene, sino como una trama que opera continuamente, un campo de fuerzas de dominación y resistencia entre individuos y grupos (Foucault, 1976). La distribución del poder en nuestra sociedad no es equitativa, dando lugar, por lo tanto, a relaciones de poder (Diamond, 2022). Las violencias son manifestaciones en el seno de relaciones de poder ejercidas de manera sistemática y estructural, utilizadas para el control y sometimiento de las personas, vulnerando sus derechos.

La conexión entre las relaciones interpersonales y la salud está mediada por la educación, entendida como el proceso de transferir, adquirir y crear formas de vida (Mata, 2010). A través de la educación, cada persona adquiere los significados sociales y culturales del entorno en el que se desenvuelve. La infancia y la adolescencia son períodos cruciales en los cuales, mediante la socialización, se observan, aprenden y experimentan modelos relacionales (Elder GH, 1995). Por consiguiente, son momentos propicios para construir relaciones basadas en el respeto y la no violencia. En nuestra sociedad, con frecuencia los niños y jóvenes experimentan violencias en primera persona, ya sea en el hogar, en los centros educativos o en el transporte público (Vives-Cases et al., 2021). Estos modelos relacionales fundamentados en el uso de violencias se normalizan y legitiman, favoreciendo la reproducción de las violencias (Ariza et al., 2019).

Los contextos educativos son clave para promover modelos relacionales saludables y equitativos. Las acciones socioeducativas en contextos de educación formal han demostrado ser efectivas para modificar comportamientos relacionados con las relaciones interpersonales, con un impacto positivo en la salud (Hinkle, 1974). La Organización Mundial de la Salud recomienda intervenir mediante intervenciones socioeducativas sostenibles en el tiempo (OMS, 1997), ya que permiten aprender a identificar la violencia y actuar contra ella. Asimismo, la actuación en el contexto educativo permite abordar tanto aspectos formales como conductuales, así como el currículum oculto, es decir, todos aquellos conocimientos, habilidades, actitudes y valores simbólicos que se adquieren de manera implícita y no intencional (Pérez-Marco et al., 2020).

Aunque la investigación sobre relaciones saludables y equitativas ha aumentado en los últimos años, todavía existe escasa evidencia publicada. Por otro lado, antes de llevar a cabo intervenciones socioeducativas, es crucial comprender teóricamente la relación entre la salud, sus desigualdades y determinantes, y los patrones relacionales, especialmente en un contexto educativo. Existe una falta en el enfoque teórico de la promoción de relaciones saludables y equitativas desde una perspectiva de equidad y justicia.

1. El uso de marcos conceptuales para explicar las desigualdades en salud

Las inequidades sociales en salud y los determinantes sociales de la salud se han descrito ampliamente en la literatura científica (Dahlgren y Whitehead, 1991; Solar y Irwin, 2010). Dada la complejidad de identificar los elementos y mecanismos por los cuales se producen y reproducen

las inequidades sociales en salud, las explicaciones teóricas se han acompañado a menudo de representaciones gráficas que sintetizan la información y facilitan su comprensión. Los marcos conceptuales han sido útiles para explicar las inequidades en salud a diferentes niveles territoriales, como en el caso del Estado español (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2012), así como en las ciudades o áreas urbanas que poseen características específicas que las distinguen de otros ámbitos de actuación, como el país o la comunidad autónoma (Borrell et al., 2013).

Los marcos conceptuales se han utilizado previamente para ilustrar los vínculos que se establecen entre la salud y tipos particulares de relaciones de poder. Ejemplos de ello son el marco conceptual que describe los diferentes procesos y contextos que influyen en las inequidades en la salud de las mujeres y madres (Trujillo-Alemán et al., 2019) o para explicar las violencias machistas en el entorno de la pareja (Artazcoz et al., 2019), que han permitido avanzar en la comprensión de la relación entre las estructuras sociales, como el patriarcado, y la salud. También se utilizan para comprender la relación entre el capitalismo y la salud, como se introduce en el marco conceptual para entender la compleja relación entre el cambio climático y la salud en el contexto de las ciudades de clima mediterráneo desde un enfoque de justicia social y climática (Marí-Dell'Olmo et al., 2022), o más recientemente, para describir los mecanismos sociales que explican la distribución inequitativa de la incidencia y mortalidad de la COVID-19 (Vásquez-Vera et al., 2022).

En muchos de estos marcos conceptuales se incluyen las relaciones interpersonales como “redes sociales y comunitarias” (Dahlgren y Whitehead, 1991), destacando la importancia de estas para hacer frente a los efectos adversos de las desigualdades sociales en la salud. También en algunos marcos conceptuales aparecen la 'cohesión social y capital social' (Solar y Irwin, 2010). Sin embargo, estos marcos conceptuales no incluyen explícitamente las relaciones interpersonales como un determinante social de la salud. Esto constituye una limitación de los marcos conceptuales para abordar procesos de salud, como el impacto de las violencias, en los que las relaciones interpersonales son un determinante clave, pero también para comprender el bienestar que otorgan algunos modelos relacionales.

El objetivo de este artículo es proponer un marco conceptual de las relaciones interpersonales como determinantes sociales de la salud y de las inequidades de la salud en la población infantil y juvenil. También se presentará una propuesta de aplicabilidad de este marco conceptual dirigido a la promoción de relaciones saludables y equitativas a través de intervenciones socioeducativas en contextos de educación formal, incluyendo el segundo ciclo de educación infantil, primaria y secundaria.

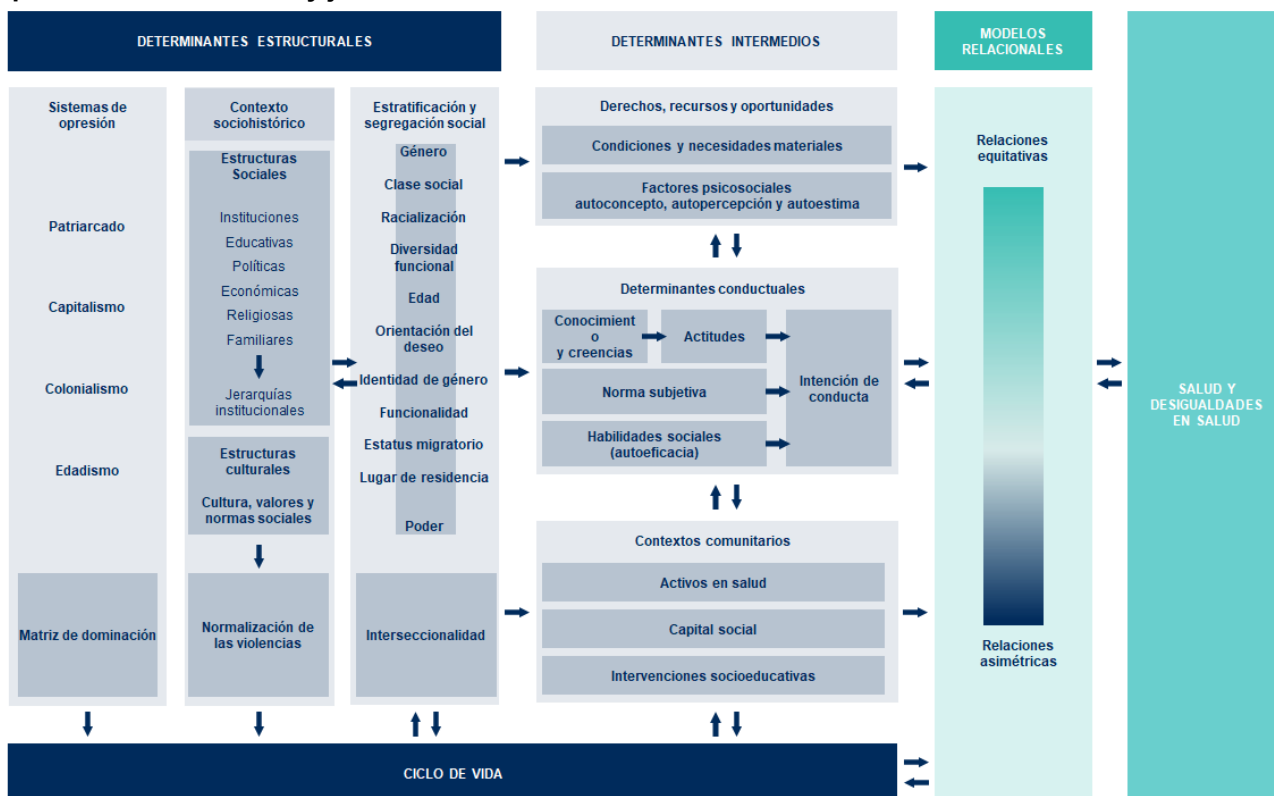
2. Marco conceptual de las relaciones interpersonales saludables y equitativas

El marco conceptual de los determinantes sociales de las relaciones interpersonales saludables y equitativas, que se presenta en la figura 1, está basado en un trabajo reciente (Forcadell-Díez, Juárez Martínez, et al., 2023). Este marco conceptual se fundamenta en marcos previos que describen los determinantes estructurales e incluyen los mecanismos que generan y sostienen las jerarquías sociales (Solar y Irwin, 2010), explicando que estos determinantes son el resultado de la distribución desigual del poder (Whitehead, 1992) y que también influyen en las relaciones interpersonales (Foucault, 2018).

2.1. Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales de la organización social son los sistemas de opresión, el contexto social e histórico, y la estratificación social y la segregación. En primer lugar, los sistemas de opresión están conformados por el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo. Sus efectos no son independientes, sino que actúan conjuntamente, distribuyendo el poder y los recursos de manera inequitativa entre los grupos sociales.

Infografía 1. Factores que determinan las relaciones interpersonales saludables y equitativas en la población adolescente y juvenil.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco conceptual de Forcadell-Díez, Juárez Martínez, et al. (2023).

El patriarcado es un modelo binario, sexista, cis-heteronormativo y monógamo de organización social, basado en dicotomías excluyentes como femenino-masculino, que estereotipa lo masculino como superior, infravalora lo femenino y reduce la sexualidad y afectividad a la complementariedad del binomio mujer-hombre (Anne Fausto-Sterling, 2000). Las implicaciones de este sistema incluyen normas sociales, sistemas institucionales, la familia monógama nuclear, la división entre la esfera pública y privada, la separación entre trabajo productivo y reproductivo y los cánones de belleza.

El capitalismo es un modelo de organización social y económica basado en la privatización y distribución desigual de los medios de producción en el seno de relaciones de poder, que conduce a la acumulación progresiva de capital y poder en una minoría de la población mundial, las clases sociales dominantes (Krieger et al., 1997). El sistema capitalista genera normas sociales, tomando a la clase poseedora como referente moral y conductual, y se generan estereotipos de clase social desde la infancia que perpetúan las inequidades (Pearce et al., 2019).

El colonialismo es una forma de organización social de alcance global donde se crea una jerarquía de grupos humanos mediante atributos físicos y estigmas que identifican y descalifican socialmente a sus portadores mediante procesos de comparación social, basados en estereotipos y prejuicios, dando forma a los imaginarios racistas de los estados colonizadores. El racismo impacta en la salud y sus desigualdades desde la infancia y a lo largo de la vida a través de mecanismos sociales, psicológicos y económicos, como la aculturación, la segregación, la discriminación y la privación (Cheng et al., 2015).

El último sistema de opresión que se presenta en este marco conceptual es el edadismo, una condición organizativa de la sociedad que permite a los adultos mantener una posición de superioridad sobre niños, adolescentes, jóvenes y personas mayores. Surge una dicotomía adulto-céntrica entre juventud y vejez, en la que se obliga socialmente a situar a las personas adultas.

Esta dicotomía niega la infancia, la adolescencia y las personas mayores como sujetos políticos e incide negativamente en la auto-percepción durante estas etapas, como por ejemplo la idealización en torno a la juventud, asociada a la belleza, la energía y la potencialidad, que se perciben como un conjunto de cánones a los cuales aspirar y mantener (Duarte Quapper, 2012). En segundo lugar, el determinante estructural que llamamos contexto sociohistórico hace referencia a los mecanismos sociales, políticos y culturales que configuran y mantienen las jerarquías sociales en un momento histórico determinado (Solar y Irwin, 2010). Este contexto sociohistórico es producto de la correlación de fuerzas que se produce en el campo de las relaciones de poder en un momento y contexto determinados.

Las estructuras sociales incluyen los diferentes sistemas que existen en una sociedad y que se componen de patrones relacionales jerárquicos entre grupos sociales. Un ejemplo es el sistema educativo. Las jerarquías de las instituciones políticas eligiendo un tipo de currículo educativo, siendo las personas educadoras quienes lo ejecutan en el aula, las instituciones económicas y su capacidad para determinar qué se debe aprender desde una perspectiva utilitarista, y las instituciones religiosas, cuya moralidad impregna las relaciones educativas. Las relaciones de poder producidas en el seno de la familia mononuclear también se trasladan a los espacios educativos.

Las estructuras culturales se refieren a la dimensión simbólica compartida por una sociedad, incluyendo normas sociales, creencias y valores. Estas se convierten, en el seno de los sistemas capitalista, patriarcal y colonialista, en una ideología dominante, un conjunto de ideales de comportamiento, según su posición, y cuáles son las consecuencias de romper o adherirse a las normas. Por ejemplo, estas estructuras establecen quién debe realizar las tareas de cuidado y pautas de comportamiento de las relaciones sexoafectivas enmarcadas en el amor romántico (Simon et al., 1992). Un aspecto central de las estructuras sociales y culturales trata sobre la legitimación del uso de la violencia: contra quién, cuándo y cómo se permite el uso de la violencia. Hoy en día, la norma social legitima el uso de la violencia por parte de grupos en posiciones dominantes como violencia estructural. También hay una violencia simbólica, relacionada con la cultural, que legitima la violencia estructural (Galtung, 1990).

Las instituciones surgen de la combinación de estructuras sociales y culturales con el objetivo de organizar las actividades sociales a través de espacios simbólicos impuestos como hechos. Las personas asumen roles según su posición en la institución, dando lugar a procesos de subjetivación e inscripción en un orden simbólico asumiendo una función educativa (Foucault, 1975). La violencia ejercida por el poder es necesaria para la reproducción de las instituciones, y de las mismas relaciones de poder.

En tercer lugar, el determinante estructural que hace referencia a la estratificación social es la categorización de las personas en grupos jerárquicos según ejes de poder, como género, clase social, raza, funcionalidad, edad, orientación del deseo e identidad de género, estatus migratorio y lugar de residencia (Krieger et al., 1993; Palència et al., 2017). La perspectiva interseccional (Crenshaw, 1991), clave para comprender los modelos relacionales, establece que los ejes de poder se combinan diferencialmente, con un impacto multiplicador de los ejes de poder en la generación de inequidades. Estos ejes de poder definen la posición particular dentro de los sistemas de opresión y las jerarquías de poder, determinando experiencias personales y una exposición diferencial a ciertos patrones relacionales (Krieger, 1999). Estas estratificaciones conllevan inherentemente segregaciones poblacionales que posibilitan fenómenos como el acoso escolar y las violencias clasistas, machistas, racistas y LGTBI-fóbicas, que tienen un profundo impacto en la salud y sus inequidades (Perez et al., 2015; Vives-Cases et al., 2021).

2.2. Determinantes intermedios

A través de la estratificación social, los determinantes distribuyen de manera desigual los derechos, las oportunidades y los recursos entre la población. Los determinantes intermedios se refieren a las experiencias particulares de las personas con influencia en los procesos de salud,

especialmente las condiciones materiales y los modos de vida. En primer lugar, las condiciones materiales, que difieren según los ejes de poder, configurando realidades diferenciales desde la infancia. Las necesidades se construyen socialmente y se satisfacen mediante la interacción interpersonal. La satisfacción de las necesidades materiales influirá en la salud y en los comportamientos relacionados (Hanson y Chen, 2007). Los procesos de estratificación social desde la infancia determinan cómo y con quién se establecen las relaciones interpersonales. Las relaciones familiares, las relaciones escolares, las amistades y el uso del tiempo son factores psicosociales clave durante la infancia, y en la adolescencia se suman a estos las relaciones sexoafectivas. Todos ellos se ven afectados por los ejes de poder y tienen un impacto en la salud de las personas (Piontak y Schulman, 2016). Las experiencias de privación material, exclusión social, violencia y discriminación, así como otros eventos estresantes, durante la infancia y la adolescencia, impactan en la salud a través de la somatización (Krieger, 1999). La autopercepción es un ejemplo de factor psicosocial fuertemente influenciado por el contexto que afecta la salud a través de la autoestima. Esto sucede en personas cuyos cuerpos no se ajustan a la norma, donde la discriminación altera fuertemente la autopercepción y la autoestima de las personas que la experimentan, influyendo en el rechazo del propio cuerpo (Leiva et al., 2013).

En segundo lugar, los determinantes conductuales, es decir, los modos de vida: aquellas actitudes y comportamientos individuales y colectivos que están estrechamente ligados a los patrones relacionales. En última instancia, es importante tener presente que los modos de vida particulares están condicionados tanto por la ideología dominante como por las condiciones materiales. Existen múltiples modelos que identifican determinantes conductuales como son los conocimientos y creencias, las actitudes, la norma subjetiva, las habilidades y la autoeficacia, y la intención conductual. Los conocimientos y las creencias se refieren a lo que la persona o el grupo sabe, o percibe que conoce, sobre una acción, incluidos los beneficios y dificultades percibidos. Da lugar a la actitud hacia una conducta (De Vries et al., 1988). En la perpetración de la violencia, una actitud favorable o desfavorable es clave y depende del equilibrio beneficio/daño percibido.

La norma subjetiva es la percepción de una persona o grupo de las presiones para realizar un comportamiento, que es percibido como pensado o hecho por personas influyentes en el entorno. Está profundamente influenciada por las normas sociales. En el caso de las tareas de cuidado, la norma actúa como una obligación para las mujeres, sancionando socialmente a las que no cumplen y liberando a los hombres (Salvador-Piedrafita et al., 2017). En las relaciones sexoafectivas, la norma subjetiva facilitará las conductas que una persona espera de las demás, fundamentándose en los mitos del amor romántico cis-heterosexual y monógamo. En este sentido, en la adolescencia, la perpetración de la violencia está relacionada con la percepción de que será aprobada por el grupo (Lipse y Derzon, 2012).

Las habilidades sociales están vinculadas a la autoeficacia, que incluye las expectativas de éxito en la realización de un determinado comportamiento. Percibirse a uno mismo como capaz de resolver conflictos, individualmente y en grupo, está estrechamente relacionado con la autoeficacia en términos de habilidades sociales y comunicativas, como la empatía y la asertividad, así como con las estrategias de gestión emocional y afectiva (WHO, 2020).

En tercer lugar, los contextos comunitarios donde encontramos activos, factores o recursos para la salud reconocidos por una comunidad como promotores de la salud, el bienestar y la reducción de las inequidades, tal como se ha señalado anteriormente (Morgan y Ziglio, 2007), fortaleciendo las relaciones interpersonales e intergeneracionales y construyendo resiliencia colectiva a los estresores de salud. Incluye recursos individuales, comunitarios y asociativos, así como institucionales (Pérez-Wilson et al., 2015); los servicios y el entorno físico, incluidos los espacios verdes y de ocio (Borrell et al., 2013).

El capital social hace referencia a los recursos disponibles para individuos y grupos como resultado de su participación en redes comunitarias y movimientos sociales, y del conocimiento y reconocimiento mutuo emergentes. Esto está estrechamente relacionado con la salud (Trujillo-

Alemán et al., 2022). En este sentido, se ha demostrado que la implicación de adolescentes y jóvenes en la comunidad es clave para reducir la violencia (O'Donnell et al., 1999). La agencia, concebida como la capacidad colectiva de contrarrestar las opresiones ejercidas por el poder, es clave para transformar los patrones relacionales a través de la organización y la resistencia (Emirbayer y Mische, 1998). Así, las relaciones interpersonales del futuro, ya reales en el presente, son imaginadas, probadas y difundidas en oposición a los modelos hegemónicos. El concepto de agencia va más allá de la resiliencia colectiva y se entiende como la capacidad de transformar realidades adversas.

Las intervenciones socioeducativas tienen como objetivo mejorar los conocimientos, creencias, actitudes y habilidades de una comunidad. Suelen basarse en estrategias comunitarias que se utilizan habitualmente en la educación y la promoción de la salud. Desde hace una década han aparecido intervenciones dirigidas a la promoción de relaciones saludables y equitativas, particularmente dirigidas a las inequidades de género, con perspectivas diversas. Entre ellas, las intervenciones con enfoque transformador de género fundamentadas en las pedagogías críticas han sido efectivas en transformar las relaciones de poder basadas en el género (Arconada-Melero et al., 2019; Cahill et al., 2018; Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, 2015; Vives-Cases et al., 2019). El enfoque transformador de género aspira a transformar las relaciones sociales, poniendo fin a la perpetuación de aquellas normas sociales y actitudes que producen-reproducen las inequidades de género (Gupta, 2000).

2.3. Ciclo vital

La perspectiva del ciclo vital respalda la importancia de las etapas vitales en la comprensión de los fenómenos de salud y las inequidades a nivel individual, poblacional y generacional. Los procesos y experiencias experimentados por las personas a lo largo del tiempo influyen en las relaciones interpersonales, así como en la salud y sus determinantes (Elder GH, 1995). También es relevante la acumulación de experiencias ventajosas y desventajosas, que implican la adopción o el rechazo de determinadas trayectorias individuales y colectivas (Willson et al., 2007). La perspectiva del ciclo vital es crítica en la infancia y la adolescencia: las relaciones establecidas en estas etapas, posibilitadas por las condiciones materiales, los estilos de vida y los contextos comunitarios, favorecen la subyugación y consolidación de patrones relacionales que influirán significativamente en los procesos de salud. Además, los ejes de poder inciden en las experiencias vividas, incluidas las relaciones interpersonales. Este es el caso del género, que durante la socialización se entrelaza continuamente en la construcción de afectividades y sexualidades (Carpenter, 2010).

2.4. Modelos relacionales

A diferencia de otros marcos conceptuales más generales donde los modelos relacionales se consideran un determinante intermedio de la salud, ubicado en la sección de capital social, redes sociales o aspectos psicosociales (Dahlgren y Whitehead, 1991; Solar e Irwin, 2010), en este marco conceptual, los determinantes estructurales e intermedios inciden en la salud y sus desigualdades a través de los modelos relacionales.

Las relaciones interpersonales son centrales para la vida y el desarrollo individual y colectivo de las personas, y son uno de los principales determinantes sociales de la salud. El concepto de relaciones saludables, definido anteriormente, surge de la necesidad de conceptualizar modelos relacionales en los que las interacciones interpersonales se basen en el bienestar. Por otro lado, las relaciones equitativas ayudan a promover la igualdad de género en actividades clave de la vida económica, política y social, así como en el acceso a servicios esenciales (UNESCO, 2020). Estos factores mejoran la salud y el bienestar de individuos y sociedades. En contraste con este modelo relacional se encuentran los modelos relacionales asimétricos, cuya máxima expresión son las relaciones jerárquicas y dominantes entre individuos y grupos.

La violencia actúa sobre la base de normas sociales que la legitiman y se utiliza de manera sistemática y direccional para el control y la subyugación de las personas afectadas por la violencia (Heise, 1998). Las relaciones interpersonales son un determinante social importante de

la salud (Pietromonaco y Collins, 2017). Se ha demostrado que los modelos relacionales basados en la violencia, como el de la violencia de género (Artazcoz et al., 2019), afectan de manera desproporcionada a la población más desfavorecida generando una mayor desigualdad en salud (Krieger, 1999). Está demostrado que en la infancia y la adolescencia, la experiencia de violencia se asocia con una menor autoestima y niveles más altos de agresividad (Pius Kamsu Moyo, 2020).

2.5. Iniquidad en salud y salud

La salud mantiene un vínculo bidireccional con las relaciones interpersonales, basado en los gradientes característicos de los modelos relacionales. Esto se debe a que las interacciones interpersonales son diversas, y van desde el afecto, el respeto y el apoyo mutuo hasta la discordia, la agresión y las violaciones de límites (Rook, 1989). Como se señaló anteriormente, las relaciones saludables y equitativas contribuyen a la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. La satisfacción con las relaciones familiares, escolares y de amistad se asocia al bienestar subjetivo desde la infancia y actúa como factor protector contra la violencia (Iñiguez-Berrozpe et al., 2021).

En cambio, las relaciones asimétricas afectan negativamente la salud de múltiples maneras. Los principales efectos se asocian con ser víctima de violencia, en sus múltiples expresiones: discriminación (Cave et al., 2020), violencia de género (Eby et al., 1995), abusos sexuales (Briere y Elliott, 1994), agresiones físicas (Norman et al., 2012) y acoso escolar (Armitage, 2021). En concreto, estas relaciones se asocian con una disminución de la autoestima y el autoconcepto; aumento de los sentimientos de culpa; ira, tristeza, ansiedad, estrés y depresión; dificultades de comunicación; reducción de las habilidades de resolución de problemas sociales; normalización y justificación de la violencia, la agresión y la indefensión aprendida; y agresión física o sexual, suicidio o asesinato (Cornelius y Resseguie, 2007).

3. Aplicabilidad de la promoción de relaciones saludables y equitativas en la educación formal

El marco conceptual propuesto permite identificar cinco áreas de intervención para la promoción de relaciones saludables y educativas en contextos de educación formal, derivadas de la aplicación del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner y Ceci, 1994). De esta manera, los elementos del marco conceptual se organizan en respuesta a los diferentes niveles de estructura educativa y escolar: los determinantes estructurales podrían modificarse influyendo en los elementos del macrosistema, como por ejemplo las políticas educativas. Los determinantes intermedios podrían modificarse influyendo en el microsistema, particularmente a través de intervenciones socioeducativas específicas.

1) Acciones sobre las políticas educativas. Las políticas educativas regulan los centros educativos. Están íntimamente vinculadas a las estructuras sociales y a la ideología dominante, las normas y los valores sociales. Así, las modificaciones en los textos legislativos pueden introducir cambios en la gobernanza, en los currículos educativos y en los espacios escolares, impactando en la promoción de modelos educativos más saludables y equitativos. En este sentido, el Reino Unido ha aprobado leyes para incluir en los currículos educativos la promoción de relaciones sanas y equitativas, así como la educación emocional y sexoafectiva (United Kingdom, 2017).

2) Acciones sobre el proyecto educativo del centro, la organización y gobernanza del mismo y el espacio físico y simbólico. Estos elementos participan en la configuración de una cultura de centro dominante y posibilitan la hegemonía de ciertos modelos. Para transformar los modelos relacionales, será necesario favorecer las normas y valores sociales que promuevan la equidad, el pensamiento crítico y la cooperación. Entre las acciones se incluye replantear el organigrama del centro, el proyecto educativo del centro (Bernstein, 1982), los reglamentos del centro, los usos de los espacios y patios, la arquitectura y accesibilidad del centro (Ortiz Escalante y Gutiérrez Valdivia, 2015), la cartelera, imágenes y elementos gráficos (Barajas y

Ronnkvist, 2007), los materiales empleados, las festividades celebradas, la disposición de los elementos en las aulas y elaborar protocolos de prevención y abordaje de las violencias. Será necesario incluir la implicación y participación de los niños en las decisiones del centro y del aula (Agud et al., 2014). No obstante, se debe tener cuidado de garantizar la diversidad, para no agravar las inequidades.

3) Acciones de formación a las educadoras. Dentro de las relaciones educativas, las educandas dotan de significado los discursos y prácticas de las educadoras, convirtiéndose en refuerzos positivos o negativos para determinados modelos relacionales. Esto sucede tanto durante la acción educativa intencional como la inconsciente, a través del currículo oculto. La capacitación de las educadoras contribuirá a la adquisición de conciencia crítica sobre su impacto en las educandas y posibilitará la promoción efectiva de relaciones saludables y equitativas (Forcadell-Díez, Bosch-Arís, et al., 2023). Además, facilitará la efectividad de las acciones del centro.

4) Intervenciones socioeducativas para promover relaciones saludables y equitativas entre los educandos. La acción socioeducativa que pretenda incidir en los modelos relacionales debe pasar necesariamente por la toma de conciencia crítica de educadoras y educandos como sujetos con potencial transformador. Como se señalaba anteriormente, será necesario partir de un enfoque transformador holístico y fundamentarse en pedagogías críticas. Mediante la reflexión crítica colectiva y el diálogo se favorece el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que promueven conductas prosociales, reducen la aceptación y perpetración de las violencias y favorecen la organización colectiva (Luna y Rubio-Martín, 2022). Además, las intervenciones deberían basarse en la evidencia y tener una perspectiva de equidad y justicia. Este tipo de intervenciones socioeducativas no solo promueven cambios en los modelos relacionales, sino que también conllevan la reducción de las inequidades sociales en salud.

5) Acciones sobre la comunidad. La implicación de la comunidad educativa en las prácticas del centro desde una perspectiva cooperativa da continuidad a las acciones educativas promovidas, garantizando la coherencia y promoviendo el capital social (Martínez-Odría, 2007). Además, se debe tener en cuenta la comunidad educativa del centro en los procesos de toma de decisión: la cooperación con las familias, con entidades y asociaciones, y la implicación del centro en la vida comunitaria favorecen la difusión de los modelos relacionales saludables y equitativos.

4. Fortalezas y limitaciones

Como fortaleza, la evidencia recopilada por este marco conceptual permite considerar las relaciones interpersonales como un determinante social de la salud, lo que posibilita comprender y abordar inequidades sociales en salud.

Además, este marco conceptual ayuda a identificar áreas de intervención y, en este sentido, las intervenciones socioeducativas, ya sea en contextos de educación formal o fuera de él, implican relaciones grupales. Esta visión que va más allá del individuo es fundamental cuando hablamos de promover relaciones saludables y equitativas.

Por otro lado, el positivismo en educación ha favorecido la perspectiva cognitivo-conductual, lo que dificulta encontrar evidencias desde una perspectiva crítica o comunitaria. Finalmente, en relación con los sistemas de opresión, no nos hemos referido al capacitismo como uno de ellos.

Las escasas evidencias que hemos encontrado sobre este tema enfocan el tema desde una perspectiva segregacionista o paternalista. Asimismo, la diversidad de cuerpos, funcionalidades y capacidades debe tenerse en cuenta en futuras intervenciones que tengan como objetivo promover relaciones más saludables y equitativas.

5. Conclusión

El marco conceptual propuesto, basado en la evidencia existente, puede permitir diseñar intervenciones socioeducativas efectivas para promover modelos relacionales más saludables y equitativos. El marco identifica los determinantes estructurales, intermedios, así como los ámbitos que se deben abordar, en particular los sistemas de opresión y estratificación social según ejes de poder, así como los aspectos afectivos y emocionales, las habilidades sociales y la resolución de problemas sociales. Además, se han identificado 5 áreas de intervención para promover relaciones saludables y equitativas en entornos educativos formales: políticas educativas, sobre el proyecto educativo del centro, la organización y gobernanza del mismo y el espacio físico y simbólico; la formación a las educadoras, las intervenciones socioeducativas para promover relaciones saludables y equitativas entre los educandos y las relaciones con la comunidad.

6. Recomendaciones

La promoción de las relaciones saludables y equitativas mediante intervenciones socioeducativas en la educación formal es un campo que crecerá en los próximos años, por lo que es necesario prever que aparecerán nuevas intervenciones socioeducativas innovadoras. Será necesario contar con un modelo teórico que facilite el diseño de intervenciones socioeducativas de promoción de las relaciones saludables y equitativas con un enfoque transformador y dirigido a educandas, a las educadoras, a los contextos educativos, a las formas de organización del centro, al espacio físico y simbólico de los centros, a las normas y valores sociales de los centros educativos, a la comunidad educativa y a las políticas educativas.

Bibliografía

AGUD, I.; NOVELLA CÁMARA, A. M.; BERNÉ, A. L. (2014). "Conditions for effective children's participation, according to children's voices", *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, 46, 9-21.

ANNE FAUSTO-STERLING. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.

ARCONADA-MELERO, M.; GARCÍA-ARLEGUI, M.; MORENO-LLANEZA, M.; RUIZ-REPULLO, C. (2019). *El Plan de Coeducación 2017-2021 para los centros y comunidades educativas de Navarra*. Accesible en: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/1325202/Plan+de+Coeducación+2017-2021+Web5.pdf/6a6ef96d-b12f-0873-cfa8-de7862183455>.

ARIZA, C.; SERRAL, G.; SÁNCHEZ, E.; PÉREZ, K.; JUÁREZ, O.; SANTAMARIÑA, H. (2019). "La salud en la infancia y adolescencia de Barcelona", *Barcelona Societat*, 24, 1-8. Accesible en: https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/11_en_profunditat_carles_ariza_bcn24_es.pdf.

ARMITAGE, R. (2021). "Bullying in children: Impact on child health", *BMJ Paediatrics Open*, 5 (1).

ARON, A.; ERBER, R.; GILMOUR, R. (1996). "Theoretical Frameworks for Personal Relationships", *Journal of Marriage and the Family*, 58 (2), 533-534.

ARTAZCOZ, L.; GARRIDO, A.; JUÁREZ, O.; OTERO, I.; PASARÍN, M.; PÉREZ, K.; PÉREZ, G.; SALVADOR, M. (2019). "Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual", *Barcelona Societat*, 21, 39-50. Accesible en: <http://w3.bcn.cat/fitxers/observatorisocial/barcelonasocietat17.532.pdf#page=40>.

BARAJAS, H. L.; RONNKVIST, A. (2007). "Racialized space: Framing Latino and Latina experience in public schools", *Teachers College Record*, 109 (6), 1517-1538.

BERNSTEIN, B. (1982). "Codes, modalities and the process of cultural reproduction", en: M. W. Apple (ed.). *Cultural and Economic Reproduction in Education*. London: Routledge, 304-355.

- BLANCO, P.; RUIZ-JARABO, C.; GARCÍA DE VINUESA, L.; MARTÍN-GARCÍA, M. (2004). "La violencia de pareja y la salud de las mujeres", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 182-188.
- BORRELL, C.; PONS-VIGUÉS, M.; MORRISON, J.; DÍEZ, È. (2013). "Factors and processes influencing health inequalities in urban areas", In *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (5), 389-391.
- BRIERE, J. N.; ELLIOTT, D. M. (1994). "Immediate and long-term impacts of child sexual abuse", *The Future of Children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 4 (2), 54-69.
- BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. (1994). "Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model", *Psychological Review*, 101 (4), 568-586.
- CAHILL, H.; MEAKIN, C.; SMITH, K.; BEADLE, S.; FARRELLY, A.; HIGHAM, L.; CROFTS, J. (2018). *Resilience, Rights and Respectful Relationships. Teaching for Social and Emotional Learning and Respectful Relationships*. Accesible en: <https://findanexpert.unimelb.edu.au/scholarlywork/1504670-resilience--rights-and-respectful-relationships--teaching-for-social-and-emotional-learning-and-respectful-relationships-education--level-1-2-learning-materials>
- CARPENTER, L. M. (2010). "Gendered sexuality over the life course: A conceptual framework", *Sociological Perspectives*, 53 (2), 155-178.
- CAVE, L.; COOPER, M. N.; ZUBRICK, S. R.; SHEPHERD, C. C. J. (2020). "Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: A systematic review", *Social Science and Medicine*, 250, 112864.
- CHENG, T. L.; GOODMAN, E.; BOGUE, C. W.; CHIEN, A. T.; DEAN, J. M.; KHARBANDA, A. B.; PEEPLES, E. S.; SCHEINDLIN, B. (2015). "Race, ethnicity, and socioeconomic status in research on child health", *Pediatrics*, 135 (1), e225-e237.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA. (2012). "[A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain", *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26 (2), 182-189.
- CORNELIUS, T. L.; RESSEGUIE, N. (2007). "Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature", *Aggression and Violent Behavior*, 12 (3), 364-375.
- CRENSHAW, K. W. (1991). "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color", *Stanford Law Rev*, 43 (6), 241-299.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. (2006). "Violence a global public health problem", *Ciencia e Saude Coletiva*, 11 (2), 277-292.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (1991). "Policies and strategies to promote social equity in health". Available: In *Institute of Future studies*. Accesible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>.
- DE VRIES, H.; DIJKSTRA, M.; KUHLMAN, P. (1988). "Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions", *Health Education Research*, 3 (3), 273-282.
- DUARTE QUAPPER, C. (2012). "Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción. *Ultima Década*, 20 (36), 99-125.
- EBY, K. K.; CAMPBELL, J. C.; SULLIVAN, C. M.; DAVIDSON, W. S. (1995). "Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners", *Health Care for Women International*, 16 (6), 563-576.
- ELDER G. H. (1995). "The life course paradigm: social change and individual development", en: P. Moen; G. G. Elder, Jr.; K. Luscher (eds.). *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development*. Hyattsville: American Psychological Association, 101-139.
- EMAKUNDE-INSTITUTO VASCO DE LA MUJER. (2015). *Programa coeducativo para la igualdad, el respeto y la no-violencia. Educación Primaria*. Accesible en: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_intro/es_def/adjuntos/nahiko.cas.pdf

- EMIRBAYER, M.; MISCHÉ, A. (1998). "What is agency ? [Qu'est-ce que l'«agency» ?]", *American Journal of Sociology*, 103 (4), 962-1023.
- FORCADELL-DÍEZ, L.; BOSCH-ARÍS, M.; ESPINEL-FLORES, V.; ABIÉTAR, D.; PUIG-BARRACHINA, V.; JUÁREZ MARTÍNEZ, O.; PÉREZ, G. (2023). "Evaluación de la formación a profesorado para promover relaciones saludables y equitativas: ¿transformar o reproducir?", *Gaceta Sanitaria*, 37, 102338.
- FORCADELL-DÍEZ, L.; JUÁREZ MARTÍNEZ, O.; ABIÉTAR, D. G.; LÓPEZ, M. J.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; PEREZ, G. (2023). "Healthy and Equitable Interpersonal Relationships, Health Inequalities and Socio-Educational Interventions: A Conceptual Framework for Action", *Journal of School Health*, 93 (6), 521-532.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2018). *Histoire de la sexualité*. Paris: Éditions Gallimard.
- GALTUNG, J. (1990). "Cultural Violence", *Journal of Peace Research*, 27 (3), 291-305.
- GUPTA, G. R. (2000). "Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how", *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review / Canadian HIV/AIDS Legal Network*, 5 (4), 86-93.
- HANSON, M. D.; CHEN, E. (2007). "Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature", *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (3), 263-285.
- HEISE, L. L. (1998). "Violence against women: An integrated, ecological framework", *Violence Against Women*, 4 (3), 262-290.
- HINKLE, L. (1974). "The effect of exposure to culture change, social change, and changes in interpersonal relationships on health", en: B. S. Dohrenwend; B. P. Dohrenwend (eds.). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: John Wiley & Sons, 9-44.
- IÑIGUEZ-BERROZPE, T.; OREJUDO-HERNÁNDEZ, S.; RUIZ-EUGENIO, L.; ELBOJ-SASO, C. (2021). "School Networks of Positive Relationships, Attitudes against Violence, and Prevention of Relational Bullying in Victim, Bystander, and Aggressor Agents", *Journal of School Violence*, 20 (2), 212-227.
- KRIEGER, N. (1999). "Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. In *International Journal of Health Services*, 29 (2), 295-352.
- KRIEGER, N.; ROWLEY, D. L.; HERMAN, A. A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M. T. (1993). "Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being", *American Journal of Preventive Medicine*, 9 (6), 82-122.
- KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. (1997). "Measuring social class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines", *Annual Review of Public Health*, 18 (16), 341-378.
- LEIVA, L.; PINEDA, M.; ENCINA, Y. (2013). "Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social", *Revista de Psicología*, 22 (2), 111-123.
- LIPSEY, M. W.; DERZON, J. H. (2012). "Predictors of Violent or Serious Delinquency in Adolescence and Early Adulthood: A Synthesis of Longitudinal Research", en: R. Loeber; D. P. Farrington (eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*, Thousand Oaks, CA: Sage, 86-105.
- LUNA, E.; RUBIO-MARTÍN, M. J. (2022). "The Contribution of Critical Pedagogy to Feminist Research on Sexual Violence", *Social Sciences*, 11 (8).

- MARÍ-DELL'OLMO, M.; OLIVERAS, L.; BARÓN-MIRAS, L. E.; BORRELL, C.; MONTALVO, T.; ARIZA, C.; VENTAYOL, I.; MERCURIALI, L.; SHEEHAN, M.; GÓMEZ-GUTIÉRREZ, A.; VILLALBÍ, J. R. (2022). "Climate Change and Health in Urban Areas with a Mediterranean Climate: A Conceptual Framework with a Social and Climate Justice Approach", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (19).
- MARMOT, M., BELL, R.; GOLDBLATT, P. (2013). "Action on the social determinants of health", *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 61 (3), 127-132.
- MARTÍNEZ-ODRÍA, A. (2007). "Service-learning o aprendizaje-servicio. La apertura de la escuela a la comunidad local como propuesta de educación para la ciudadanía", *Bordón Rev Pedagog*, 59 (4), 627-640.
- MATA, G. (2010). *Per avançar en l'educació*. Vic: Eumo.
- MORGAN, A.; ZIGLIO, E. (2007). "Revitalising the evidence base for public health: an assets model", *Promotion & education*, 2, 17-22.
- NORMAN, R. E.; BYAMBAA, M.; DE, R.; BUTCHART, A.; SCOTT, J.; VOS, T. (2012). "The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis", *PLoS Medicine*, 9 (11).
- O'DONNELL, L.; STUEVE, A.; SAN DOVAL, A.; DURAN, R.; ATNAFOU, R.; HABER, D.; JOHNSON, N., MURRAY, H.; GRANT, U.; JUHN, G.; TANG, J.; BASS, J.; PIESENS, P. (1999). "Violence prevention and young adolescents' participation in community youth service", *Journal of Adolescent Health*, 24 (1), 28-37.
- ORTIZ ESCALANTE, S.; GUTIÉRREZ VALDIVIA, B. (2015). "Planning from below: using feminist participatory methods to increase women's participation in urban planning", *Gender and Development*, 23 (1), 113-126.
- PALÈNCIA, L.; DE MOORTELE, D.; ARTAZCOZ, L.; PUIG-BARRACHINA, V.; HAGQVIST, E.; PÉREZ, G.; RUIZ, M. E.; TRUJILLO-ALEMÁN, S.; VANROELEN, C.; MALMUSI, D.; BORRELL, C. (2017). "Gender Policies and Gender Inequalities in Health in Europe: Results of the SOPHIE Project", *International Journal of Health Services*, 47 (1), 61-82.
- PARADIES, Y.; BEN, J.; DENSON, N.; ELIAS, A.; PRIEST, N.; PIETERSE, A.; GUPTA, A.; KELAHER, M.; GEE, G. (2015). "Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis", *PLoS ONE*, 10 (9).
- PEARCE, A.; DUNDAS, R.; WHITEHEAD, M.; TAYLOR-ROBINSON, D. (2019). "Pathways to inequalities in child health", *Archives of Disease in Childhood*, 104 (10), 998-1003.
- PÉREZ-MARCO, A.; SOARES, P.; DAVÓ-BLANES, M. C.; VIVES-CASES, C. (2020). "Identifying types of dating violence and protective factors among adolescents in Spain: A qualitative analysis of lights4violence materials", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7), 2443.
- PÉREZ-WILSON, P.; HERNÁN, M.; MORGAN, A.; MENA, A. (2015). "Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain", *Health Promotion International*, 30 (3), 552-562.
- PEREZ, G.; MARTÍ-PASTOR, M.; GOTSSENS, M., BARTOLL, X.; DIEZ, E.; BORRELL, C.; DÍEZ, E.; BORRELL, C.; DIEZ, E. (2015). "Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual", *Gaceta Sanitaria*, 29 (2), 135-138.
- PIETROMONACO, P. R.; COLLINS, N. L. (2017). "Interpersonal mechanisms linking close relationships to health", *American Psychologist*, 72 (6), 531-542.
- PIONTAK, J.; SCHULMAN, M. (2016). "School Context Matters: The Impacts of Concentrated Poverty and Racial Segregation on Childhood Obesity", *Journal of School Health*, 86, 864-872.
- PIUS KAMSU MOYO, G. (2020). "Children and Adolescents' Violence: The Pattern and Determinants Beyond Psychological Theories", *American Journal of Pediatrics*, 6 (2), 138-145.

ROOK, K. S. (1989). "Strains in older adults' friendships", en: R. G. Adams; R. Blieszner (eds.), *Older adult friendship: Structure and process*. Sage Publications, 166-194.

SALVADOR-PIEDRAFITA, M.; MALMUSI, D.; MEHDIPANAH, R.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; ESPELT, A.; PÉREZ, C.; SOLF, E.; ABAJO DEL RINCÓN, M.; BORRELL, C. (2017). "Views on the Effects of the Spanish Dependency Law on Caregivers' Quality of Life Using Concept Mapping", *International Journal of Health Services*, 47 (2), 233-257.

SIMON, R. W.; EDER, D.; EVANS, C. (1992). "The Development of Feeling Norms Underlying Romantic Love Among Adolescent Females", *Social Psychology Quarterly*, 55 (1), 22-46.

SOLAR, O.; IRWIN, A. (2010). "Social Determinants of Health Discussion", *World Health Organization WHO*. Accesible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1

TRUJILLO-ALEMÁN, S.; PEREZ, G.; REYNOLDS, J.; RUEDA, S.; BORRELL, C. (2019). "Processes and contexts influencing health inequalities among women who are mothers", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73 (10), 897-899.

TRUJILLO-ALEMÁN, S.; TJULIN, Å.; PÉREZ, G.; HAGQVIST, E. (2022). "Social Capital and Self-Perceived Health in Lone Mothers: A Multilevel Cross-Sectional Study across Europe", *Journal of Family Issues*, 43 (3), 612-640.

UNESCO. (2020). *Informe de seguimiento de la educación en el mundo, 2020. Inclusión y educación: todos y todas sin excepción*. Accesible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.54676/WWUU8391>.

UNITED KINGDOM. (2017). *Queen's Printer of Acts of Parliament. Children and Social Work Act 2017. Chapter 16*. Accesible en: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2017/16/pdfs/ukpga_20170016_en.pdf.

VÁSQUEZ-VERA, H.; LEÓN-GÓMEZ, B. B.; BORRELL, C.; JACQUES-AVIÑÓ, C.; LÓPEZ, M. J.; MEDINA-PERUCHA, L.; PASARIN, M.; SÁNCHEZ-LEDESMA, E.; PÉREZ, K. (2022). "Inequities in the distribution of COVID-19: an adaptation of WHO's conceptual framework", *Gaceta Sanitaria*, 36 (5), 488-492.

VIVES-CASES, C.; DAVO-BLANES, M. C.; FERRER-CASCALES, R.; SANZ-BARBERO, B.; ALBALADEJO-BLÁZQUEZ, N.; SÁNCHEZ-SAN SEGUNDO, M.; LILLO-CRESPO, M.; BOWES, N.; NEVES, S.; MOCANU, V.; CARAUSU, E. M.; PYZALSKI, J.; FORJAZ, M. J.; CHMURA-RUTKOWSKA, I.; VIEIRA, C. P.; CORRADI, C. (2019). "Lights4Violence: A quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents", *BMC Public Health*, 19 (1).

VIVES-CASES, C.; PÉREZ-MARTÍNEZ, V.; DAVÓ-BLANES, MC.; SÁNCHEZ-SANSEGUNDO, M.; GIL-GONZÁLEZ, D.; ABIÉTAR, D. G.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; FORCADELL-DÍEZ, L.; PÉREZ, G.; SANZ-BARBERO, B. (2021). "Dating violence and associated factors among male and female adolescents in Spain", *PLoS ONE*, 16 (11), e0258994.

WHITEHEAD, M. (1992). "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 22, 429-445.

WHO. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Accesible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

WHO. (1997). *Prevention of violence*. Accesible en: <https://iris.who.int/handle/10665/173453>

WHO. (2020). *Life Skills Education School Handbook - Noncommunicable Diseases*. Accesible en: <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>

WILLSON, A. E.; SHUEY, K. M.; ELDER, G. H. (2007). "Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health", *American Journal of Sociology*, 112 (6), 1886-1924.