

Promoció de les relacions saludables i equitatives en contextos d'educació formal

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

Paraules clau: relacions interpersonals, infantesa, adolescència, educació per a la salut, marc conceptual, violència

Les relacions interpersonals influeixen significativament en la salut: quan són equitatives contribueixen al benestar, però quan són asimètriques i jeràrquiques afecten negativament la salut. Aquest article proposa un marc conceptual que se centra en els determinants socials de la salut i els principis d'equitat i justícia en la relació als models relacionals i l'educació. El text identifica els anomenats “determinants estructurals”, com ara l'opressió sistèmica i el context sociohistòric que tendeixen a normalitzar expressions de violència. D'altra banda, els “determinants intermedis” inclouen aspectes individuals, psicosocials, conductuals i comunitaris que afecten la salut a través de patrons relacionals que poden desembocar en problemes com la reducció de l'autoestima, l'ansietat, l'estrès, la depressió i l'acceptació de la violència. El text suggereix sis àmbits d'intervenció educativa per promoure relacions saludables i equitatives que beneficiïn el benestar, l'estat de salut i la protecció contra la violència. Aquestes intervencions socioeducatives poden ser efectives per fomentar models relacionals més positius i equitatius.

Introducció

Les relacions interpersonals són un determinant social important de la salut que és fonamental per a la vida individual

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

Nota: el finançament d'aquest estudi (PI18/00544) procedeix de ISCIII, organisme del FEDER i FSE, i del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

i col·lectiva (Dahlberg i Krug, 2006; Solar i Irwin, 2010). Les relacions són saludables quan el seguit d'interaccions interpersonals són font de benestar i permeten un desenvolupament individual i col·lectiu, de manera que s'associen a una afectivitat i emocionalitat positives. Les relacions saludables són inherentment equitatives, ja que per ser font de benestar han de ser voluntàries i abordar les qüestions relacionades amb el poder; i per permetre el desenvolupament mutu necessàriament s'han de fonamentar en la interdependència, abordant les diferents necessitats, realitats i aspiracions de les persones que hi prenen part. Les relacions interpersonals que s'estableixen en qualsevol comunitat són una xarxa d'interaccions simultànies àmpliament heterogènies. Així, el seu estudi sovint s'ha fragmentat en tipologies (Aron et al., 1996), com les relacions de parella i la relació mare-fill; o dicotomia grupal com ara professorat-alumnat o empresari-treballadores.

Els determinants socials de la salut són totes aquelles condicions de la vida de les persones que influeixen en l'estat de salut (Marmot et al., 2013). Aquestes condicions expliquen la major part de les desigualtats socials en salut, que són les diferències sistemàtiques d'estat de salut entre diferents grups de persones (Whitehead, 1992). Mantenir relacions saludables i equitatives afecta positivament la salut, la qual cosa contribueix a un estat de benestar físic, mental, emocional i social (WHO, 1946). Tanmateix, en l'estudi dels vincles entre relacions interpersonals i salut el focus s'ha centrat a comprendre els efectes negatius per a la salut de determinats patrons relacionals. Així doncs, hi ha poca recerca sobre l'impacte de models saludables i equitatius en la salut però es corrobora reiteradament l'impacte negatiu de les vivències de violències i discriminacions en la salut

física, mental i social; incloent-hi el racisme (Paradies et al., 2015) i d'experiències d'abús i violència, com la violència de parella (Blanco et al., 2004). Aquestes violències són una manifestació de les relacions de poder. Hem de concebre el poder no com quelcom que es posseeix o que s'obté, sinó com un entramat que opera contínuament, un camp de forces de dominació i resistència, entre individus i grups (Foucault, 1976). La distribució del poder a la nostra societat no és equitativa, per la qual cosa existeixen relacions de poder (Diamond, 2022). Les violències són manifestacions en el si de relacions de poder exercides sistemàticament i estructuralment i utilitzades per al control i sotmetiment de les persones, vulnerant-ne els drets.

El vincle entre les relacions interpersonals i la salut està mediatitzat per l'educació, com a procés de transferir, adquirir i crear formes de vida (Mata, 2010). A través de l'educació, cada persona adquireix els significats socials i culturals de l'entorn en què es desenvolupa. La infància i l'adolescència són períodes crucials en què, a través de la socialització, s'observen, s'aprenen i es proven models relacionals (Elder GH, 1995). Conseqüentment, són períodes idonis per construir relacions basades en el respecte i la no-violència. A la nostra societat, freqüentment els infants i joves tenen la vivència i són víctimes de les violències en primera persona, ja sigui a casa, als centres educatius o al transport públic (Vives-Cases et al., 2021). Aquests models relacionals fonamentats en l'ús de les violències es normalitzen i legitimen, la qual cosa afavoreix la reproducció de les violències (Ariza et al., 2019).

Els contextos educatius són clau per promoure models relacionals saludables i equitatius. Les accions socioedu-

catives en contextos d'educació formal s'han demostrat efectives per modificar comportaments relacionats amb les relacions interpersonals, amb un impacte positiu sobre la salut (Hinkle, 1974). L'Organització Mundial de la Salut recomana actuar mitjançant intervencions socioeducatives sostenibles en el temps (WHO, 1997), ja que permeten aprendre a identificar la violència i actuar contra ella. Així mateix, l'actuació en el context educatiu permet abordar tant aspectes formals com conductuals, així com el currículum ocult, és a dir, tots aquells coneixements, habilitats, actituds i valors simbòlics que s'adquireixen de manera implícita i no intencional (Pérez-Marco et al., 2020).

Tot i que la recerca en relacions saludables i equitatives ha augmentat en els darrers anys, encara hi ha escassa evidència publicada. D'altra banda, abans de dur a terme intervencions socioeducatives, és crucial comprendre teòricament la relació entre la salut, les seves desigualtats i determinants, i els patrons relacionals, particularment en un context educatiu. Hi ha una mancança en l'enfocament teòric de la promoció de les relacions saludables i equitatives des d'una perspectiva d'equitat i justícia.

1. L'ús dels marcs conceptuals per explicar les desigualtats en salut

Les iniquitats socials en salut i els determinants socials de la salut s'han descrit àmpliament a la bibliografia científica (Dahlgren i Whitehead, 1991; Solar i Irwin, 2010). Donada la complexitat que representa identificar els elements i els mecanismes pels quals es produeixen i reproduïxen les iniquitats socials en salut, sovint les explicacions teòriques s'han acompanyat de representacions gràfiques que sinte-

titzen la informació i en faciliten la comprensió. Els marcs conceptuals han servit per explicar les iniquitats en salut a diferents nivells territorials com pot ser l'Estat espanyol (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2012), i també a les ciutats o àrees urbanes ja que tenen característiques específiques que les diferencien dels altres àmbits d'actuació, com ara el país o la comunitat autònoma (Borrell et al., 2013).

Els marcs conceptuals s'han utilitzat prèviament per il·lustrar els vincles que s'estableixen entre la salut i tipus particulars de relacions de poder. En són exemples el marc conceptual que descriu els diferents processos i contextos que influeixen en les iniquitats en salut de les dones i mares (Trujillo-Alemán et al., 2019) o per poder explicar les violències masclistes en l'entorn de la parella (Artazcoz et al., 2019), que han permès avançar en la comprensió de la relació entre les estructures socials, com el patriarcat, i la salut. També per comprendre la relació entre capitalisme i salut, com s'introdueix en el marc conceptual per entendre la complexa relació entre canvi climàtic i salut en el context de les ciutats de clima mediterrani des d'un enfocament de justícia social i climàtica (Marí-Dell'Olmo et al., 2022) o més recentment per descriure els mecanismes socials que expliquen la distribució inequitable de la incidència i mortalitat de la covid-19 (Vásquez-Vera et al., 2022).

En molts d'aquest marcs conceptuals s'hi inclouen les relacions interpersonals com a “xarxes socials i comunitàries” (Dahlgren i Whitehead, 1991), i s'hi destaca la importància d'aquestes per fer front als efectes adversos de les desigualtats socials en la salut. També en alguns marcs conceptuals

apareixen la “*cohesió social i capital social*” (Solar i Irwin, 2010). Tanmateix, aquests marcs conceptuals no inclouen explícitament les relacions interpersonals com un determinant social de la salut. Aquest fet suposa una limitació dels marcs conceptuals per abordar processos de salut, com l'impacte de les violències, en les quals les relacions interpersonals són un determinant clau, però també per comprendre el benestar que atorguen alguns models relacionals.

L'objectiu d'aquest article és proposar un marc conceptual de les relacions interpersonals com a determinants socials de la salut i de les iniquitats de la salut en la població infantil i juvenil. També es farà una proposta d'aplicabilitat d'aquest marc conceptual dirigit a la promoció de relacions saludables i equitatives a través d'intervencions socioeducatives en contextos d'educació formal, incloent-hi el segon cicle d'educació infantil, primària i secundària.

2. Marc conceptual de les relacions interpersonals saludables i equitatives

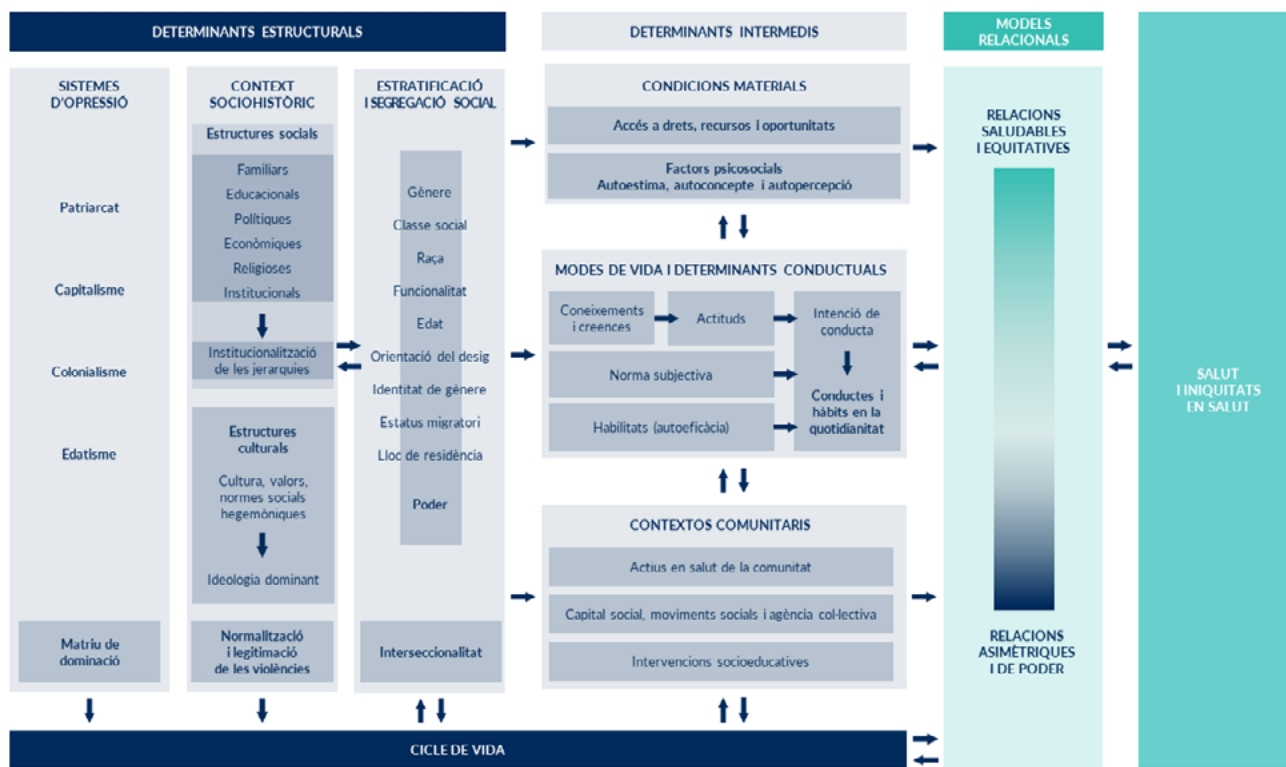
El marc conceptual dels determinants socials de les relacions interpersonals saludables i equitatives que es mostra a la figura 1 està basat en el que s'ha publicat recentment (Forcadell-Díez, Juárez Martínez, et al., 2023). Aquest marc conceptual està basat en marcs previs que descriuen els determinants estructurals i que inclouen els mecanismes que generen i sostenen les jerarquies socials (Solar i Irwin, 2010) que expliquen que aquests determinants són el resultat de la distribució desigual del poder (Whitehead, 1992) i que actuen també en les relacions interpersonals (Foucault, 2018).

2.1. Determinants estructurals

Els determinants estructurals de l'organització social són els sistemes d'opressió, el context social i històric i l'estratificació social i la segregació. En primer lloc, els sistemes d'opressió estan conformats pel patriarcat, el capitalisme i el colonialisme. Els seus efectes no són independents, sinó que actuen conjuntament, distribuint el poder i els recursos de manera inequitable entre els grups socials.

El patriarcat és un model binari, sexista, cisheteronormatiu i monògam d'organització social, basat en dicotomies excloents, com femení-masculí, que estereotipa el masculí com a superior i infravalora el femení i redueix la sexualitat i l'afectivitat a la complementarietat del binomi dona-home (Anne Fausto-Sterling., 2000). Les implicacions d'aquest sistema inclouen les normes socials, els sistemes institucionals, la família monògama nuclear, la divisió entre l'esfera pública i la privada, la separació entre treball productiu i reproductiu i els cànons de bellesa.

El capitalisme és un model d'organització social i econòmica basat en la privatització i distribució desigual dels mitjans de producció en el si de relacions de poder, que condueix a l'acumulació progressiva de capital i poder en una minoria de la població mundial, les classes socials dominants (Krieger et al., 1997). El sistema capitalista dona lloc a normes socials, de manera que es pren la classe posseïdora com a referent moral i conductual, i es generen estereotips de classe social des de la infància que mantenen les iniquitats (Pearce et al., 2019).

Infografia 1. Factors que determinen les relacions interpersonals saludables i equitatives en la població adolescent i juvenil

Font: elaboració pròpia a partir del marc conceptual de Forcadell-Díez, Juárez Martínez, et al. (2023).

El colonialisme és una forma d'organització social d'abast global en què es crea una jerarquia de grups humans mitjançant atributs físics i estigmes que identifiquen i desqualifiquen socialment els seus portadors mitjançant processos de comparació social, basats en estereotips i prejudicis i dona forma als imaginaris racistes dels estats colonitzadors. El racisme impacta en la salut i les seves desigualtats des de la infància i al llarg de la vida a través de mecanismes socials, psicològics i econòmics, com l'aculturació,

la segregació, la discriminació i la privació (Cheng et al., 2015).

L'últim sistema d'opressió que es presenta en aquest marc conceptual és l'edatisme, una condició organitzativa de la societat que permet als adults mantenir una posició de superioritat sobre infants, adolescents i joves i persones grans. Emergeix una dicotomia adult-cèntrica entre joventut i vellesa, en la qual s'obliga socialment a col·locar-se a

les persones adultes. Aquesta dicotomia nega la infància, l'adolescència i les persones grans com a subjectes polítics i incideix negativament en l'autopercepció durant aquestes etapes, com per exemple, la idealització al voltant de la joventut, associada a la bellesa, l'energia i la potencialitat, que es perceben com un conjunt de cànons als quals cal aspirar i mantenir-los (Duarte Quapper, 2012).

En segon lloc, el determinant estructural que anomenem context sociohistòric fa referència als mecanismes socials, polítics i culturals que configuren i mantenen les jerarquies socials en un moment històric determinat (Solar i Irwin, 2010). Aquest context sociohistòric és producte de la correlació de forces que es produeix en el camp de les relacions de poder en un moment i context determinat.

Les estructures socials inclouen els diferents sistemes que hi ha en una societat i que es componen de patrons relacionals jeràrquics entre grups socials. Un exemple és el sistema educatiu. Les jerarquies de les institucions polítiques, que trien un tipus de currículum educatiu, i són les persones educadores les que l'executen a l'aula; les institucions econòmiques i la seva capacitat per determinar què s'ha d'aprendre des d'una perspectiva utilitarista, i les institucions religioses, la moralitat de les quals impregna les relacions educatives. Les relacions de poder produïdes en el si de la família mononuclear també es trasllada als espais educatius.

Les estructures culturals es refereixen a la dimensió simbòlica compartida per una societat, incloent-hi les normes socials, les creences i els valors. Aquests esdevenen, en el si dels sistemes capitalista, patriarcal i colonialista, una

ideologia dominant, un conjunt d'ideals de comportament, segons la seva posició, i quines són les conseqüències de trencar o adherir-se a les normes. Per exemple, aquestes estructures estableixen qui ha de dur a terme les tasques de cura i pautes de comportament de les relacions sexoafectives emmarcades en l'amor romàntic (Simon et al., 1992). Un aspecte central de les estructures socials i culturals tracta de la legitimació de l'ús de la violència: contra qui, quan i com es permet l'ús de la violència. Avui dia, la norma social legitima l'ús de la violència per part de grups en posicions dominants com a violència estructural. També hi ha una violència simbòlica, relacionada amb la cultural, que legitima la violència estructural (Galtung, 1990).

Les institucions sorgeixen de la combinació d'estructures socials i culturals amb l'objectiu d'organitzar les activitats socials a través d'espais simbòlics imposats com a fets. Les persones assumeixen rols segons la seva posició en la institució, la qual cosa dona lloc a processos de subjectivació i d'inscripció en un ordre simbòlic assumint una funció educativa (Foucault, 1975). La violència exercida pel poder és necessària per a la reproducció de les institucions, i de les mateixes relacions de poder.

En tercer lloc, el determinant estructural que fa referència a l'estratificació social és la categorització de les persones en grups jeràrquics segons eixos de poder, com ara gènere, classe social, raça, funcionalitat, edat, orientació del desig i identitat de gènere, estatus migratori i lloc de residència (Krieger et al., 1993; Palència et al., 2017). La perspectiva interseccional (Crenshaw, 1991), clau per comprendre els models relacionals, estableix que els eixos de poder es combinen diferencialment, amb un impacte multiplicador dels

eixos de poder en la generació d'iniquitats. Aquests eixos de poder defineixen la posició particular dins dels sistemes d'opressió i les jerarquies de poder i determinen experiències personals i una exposició diferencial a determinats patrons relacionals (Krieger, 1999). Aquestes estratificacions comporten inherentment segregacions poblacionals que possibiliten fenòmens com l'assetjament escolar i les violències classistes, masclistes, racistes i LGTBI-fòbiques, que tenen un profund impacte en la salut i les seves iniquitats (Perez et al., 2015; Vives-Cases et al., 2021).

2.2. Determinants intermedis

A través de l'estratificació social, els determinants distribueixen de manera desigual els drets, les oportunitats i els recursos entre la població. Els determinants intermedis es refereixen a les experiències particulars de les persones amb influència sobre els processos de salut, particularment les condicions materials i els modes de vida. En primer lloc, les condicions materials, que difereixen segons els eixos de poder, i configuren realitats diferencials des de la infància. Les necessitats es construeixen socialment i se satisfan mitjançant la interacció interpersonal. La satisfacció de les necessitats materials influirà en la salut i en els comportaments relacionats (Hanson i Chen, 2007). Els processos d'estratificació social des de la infància determinen com i amb qui s'estableixen les relacions interpersonals. Les relacions familiars, les relacions escolars, les amistats i l'ús del temps són factors psicosocials clau durant la infància, i a l'adolescència s'afegeixen a les anteriors les relacions sexoafectives. Tots ells es veuen afectats pels eixos de poder i tenen un impacte sobre la salut de les persones (Piontak i Schulman, 2016). Les vivències de privació material, d'exclusió social, violència i discriminació, així com d'altres

esdeveniments estressants, durant la infància i l'adolescència, impacten sobre la salut a través de la somatització (Krieger, 1999). L'autopercepció és un exemple de factor psicosocial fortament influït pel context que afecta la salut a través de l'autoestima. Això passa en persones els cossos de les quals no s'ajusten a la norma, en què la discriminació altera fortament l'autopercepció i l'autoestima de les persones que l'experimenten, cosa que influeix en el rebuig del propi cos (Leiva et al., 2013).

En segon lloc, els determinants conductuals, és a dir, dels modes de vida: aquelles actituds i comportaments individuals i col·lectius que estan estretament lligats als patrons relacionals. En darrer terme, cal tenir present que els modes de vida particular estan condicionats tant per la ideologia dominant com per les condicions materials. Hi ha múltiples models que identifiquen determinants conductuals com són els coneixements i les creences, les actituds, la norma subjectiva, les habilitats i l'autoeficàcia, i la intenció conductual. Els coneixements i les creences es refereixen al que la persona o el grup sap, o percep que coneix, sobre una acció, inclosos els beneficis i dificultats percebuts. Dona lloc a l'actitud cap a una conducta (De Vries et al., 1988). En la perpetració de la violència, una actitud favorable o desfavorable és clau i depèn de l'equilibri benefici/dany percebut.

La norma subjectiva és la percepció d'una persona o grup de les pressions per realitzar un comportament, que és percebut com a pensat o fet per persones influents en l'entorn. Està profundament influenciada per les normes socials. En el cas de les tasques de cura, la norma actua com una obligació per a les dones, de manera que sanciona socialment

les que no compleixen i allibera els homes (Salvador-Piedrafita et al., 2017). En les relacions sexoafectives, la norma subjectiva facilitarà les conductes que una persona espera de les altres, i es fonamenta en els mites de l'amor romàntic cisheterosexual i monògam. En aquest sentit, en l'adolescència, la perpetració de la violència està relacionada amb la percepció que serà aprovada pel grup (Lipsey i Derzon, 2012).

Les habilitats socials estan vinculades a l'autoeficàcia, que inclou les expectatives d'èxit en la realització d'un determinat comportament. Percebre's un mateix com a capaç de resoldre conflictes, individualment i en grup, està estretament relacionat amb l'autoeficàcia en termes d'habilitats socials i comunicatives, com l'empatia i l'assertivitat, així com amb les estratègies de gestió emocional i afectiva (WHO, 2020).

En tercer lloc, els contextos comunitaris on trobem actius, factors o recursos per a la salut reconeguts per una comunitat com a promotors de la salut, el benestar i la reducció de les iniquitats, tal com s'ha assenyalat anteriorment (Morgan i Ziglio, 2007), que enforteixen les relacions interpersonals i intergeneracionals i construeixen resiliència col·lectiva als estressors de salut. Inclou recursos individuals, comunitaris i associatius, i institucionals (Pérez-Wilson et al., 2015); els serveis i el medi físic, inclosos els espais verds i de lleure (Borrell et al., 2013).

El capital social fa referència als recursos disponibles per als individus i els grups com a resultat de la seva participació en xarxes comunitàries i moviments socials, i del coneixement i el reconeixement mutu emergents. Això està

estretament relacionat amb la salut (Trujillo-Alemán et al., 2022). En aquest sentit, s'ha demostrat que la implicació d'adolescents i joves en la comunitat és clau per reduir la violència (O'Donnell et al., 1999). L'agència, concebuda com la capacitat col·lectiva de contrarestar les opressions exercides pel poder, és clau per transformar els patrons relacionals a través de l'organització i la resistència (Emirbayer i Mische, 1998). Així, les relacions interpersonals del futur, ja reals en el present, són imaginades, provades i difoses en oposició als models hegemònics. El concepte d'agència va més enllà de la resiliència col·lectiva i s'entén com la capacitat de transformar realitats adverses.

Les intervencions socioeducatives tenen com a objectiu millorar els coneixements, creences, actituds i habilitats d'una comunitat. Se solen basar en estratègies comunitàries que s'utilitzen habitualment en l'educació i la promoció de la salut. Des de fa una dècada han aparegut intervencions dirigides a la promoció de relacions saludables i equitatives, particularment adreçades a les iniquitats de gènere, amb perspectives diverses. D'entre elles, les intervencions amb abordatge transformador de gènere fonamentades en les pedagogies crítiques han estat efectives a transformar les relacions de poder basades en el gènere (Arconada-Melero et al., 2019; Cahill et al., 2018; Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, 2015; Vives-Cases et al., 2019). L'abordatge transformador de gènere aspira a transformar les relacions socials, de manera que posi fi a la perpetuació de les normes socials i actituds que produeixen-reprodueixen les iniquitats de gènere (Gupta, 2000).

2.3. Cicle vital

La perspectiva del cicle vital dona suport a la importància de l'etapa vital en la comprensió dels fenòmens de salut i les iniquitats a nivell individual, poblacional i generacional. Els processos i experiències experimentats per les persones al llarg del temps influeixen en les relacions interpersonals, així com en la salut i els seus determinants (Elder GH, 1995). També és important l'acumulació d'experiències avantatjoses i desavantatjoses, que impliquen l'adopció o el rebuig de determinades trajectòries individuals i col·lectives (Willson et al., 2007). La perspectiva del cicle vital és crítica en la infància i l'adolescència: les relacions que s'estableixen en aquestes etapes, possibilitades per les condicions materials, els modes de vida i els contextos comunitaris, afavoreixen la subsumpció i consolidació de patrons relacionals, que influiran significativament en els processos de salut. A més, els eixos de poder influeixen en les experiències viscudes, incloses les relacions interpersonals. Aquest és el cas del gènere, que durant la socialització s'entrellaça contínuament en la construcció d'afectivitats i sexualitats (Carpenter, 2010).

2.4. Models relacionals

A diferència d'altres marcs conceptuals més generals en què els models relacionals es consideren un determinant intermedi de la salut, situat en l'apartat de capital social o xarxes socials o aspectes psicosocials (Dahlgren i Whitehead, 1991; Solar i Irwin, 2010) en aquest marc conceptual, els determinants estructurals i intermedis incideixen en la salut i les seves desigualtats a través dels models relacionals.

Les relacions interpersonals són centrals per a la vida i el desenvolupament individual i col·lectiu de les persones i un

dels principals determinants socials de la salut. El concepte de relacions saludables, definit anteriorment, sorgeix de la necessitat de conceptualitzar models relacionals en què les interaccions interpersonals es basin en el benestar. D'altra banda, les relacions equitatives ajuden a promoure la igualtat de gènere en activitats clau de la vida econòmica, política i social i en l'accés a serveis essencials (UNESCO, 2020). Aquests factors milloren la salut i el benestar dels individus i les societats. En contrast amb aquest model relacional hi ha els models relacionals asimètrics, la màxima expressió dels quals són les relacions jeràrquiques i dominants entre individus i grups.

La violència actua sobre la base de normes socials que la legitimen, i s'utilitza de manera sistemàtica i direccional pel control i la subjugació de les persones afectades per la violència (Heise, 1998). Les relacions interpersonals són un determinant social important de la salut (Pietromonaco i Collins, 2017). S'ha demostrat que els models relacionals basats en la violència, com el de la violència de gènere (Artazcoz et al., 2019), afecten de manera desproporcionada la població més desafavorida, de manera que generen més desigualtat en salut (Krieger, 1999). Està demostrat que en la infància i l'adolescència, l'experiència de violència s'associa a una menor autoestima i a nivells més alts d'agressivitat (Pius Kamsu Moyo, 2020).

2.5. Iniquitat en salut i salut

La salut manté un vincle bidireccional amb les relacions interpersonals, basat en els gradients característics dels models relacionals. Això es deu al fet que les interaccions interpersonals són diverses, i van des de l'afecte, el respecte i el suport mutu fins a la discòrdia, l'agressió i les violacions

de límits (Rook, 1989). Com ja s'ha apuntat en l'apartat anterior, les relacions saludables i equitatives contribueixen a la salut i el benestar de les persones i de les comunitats. La satisfacció amb les relacions familiars, escolars i d'amistat s'associa al benestar subjectiu des de la infància i actua com a factor protector contra la violència (Iñiguez-Berrozpe et al., 2021).

En canvi, les relacions asimètriques afecten negativament la salut de múltiples maneres. Els principals efectes s'associen a ser víctima de violència, en les seves múltiples expressions: discriminació (Cave et al., 2020), violència de gènere (Eby et al., 1995), abusos sexuals (Briere i Elliott, 1994), agressions físiques (Norman et al., 2012) i assetjament escolar (Armitage, 2021). En concret, aquestes relacions s'associen a una disminució de l'autoestima i l'autoconcepte; augment dels sentiments de culpa; ira, tristesa, ansietat, estrès i depressió; dificultats de comunicació; reducció de les habilitats de resolució de problemes socials; normalització i justificació de la violència, l'agressió i la indefensió apresada i agressió física o sexual, suïcidi o assassinat (Cornelius i Resseguie, 2007).

3. Aplicabilitat de la promoció de relacions saludables i equitatives en l'educació formal

El marc conceptual proposat permet identificar cinc àrees d'intervenció per a la promoció de relacions saludables i educatives en contextos d'educació formal que sorgeixen de l'aplicació del model ecològic de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner i Ceci, 1994). D'aquesta manera, els elements del marc conceptual s'ordenen en resposta als diferents nivells d'estructura educativa i escolar: els determinants estructurals es podrien modificar influint en els elements del

macrosistema com per exemple les polítiques educatives. Els determinants intermedis es podrien modificar influint en el microsistema, particularment a través d'intervencions socioeducatives específiques.

1. Accions sobre les polítiques educatives. Les polítiques educatives regulen els centres educatius. Les polítiques estan íntimament vinculades a les estructures socials i a la ideologia dominant, les normes i als valors socials. Així, les modificacions en els textos legislatius poden introduir canvis en la governança, en els currículums educatius i en els espais escolars, de manera que impactin en la promoció de models educatius més saludables i equitatius. En aquest sentit, el Regne Unit ha aprovat lleis per incloure en els currículums educatius la promoció de relacions sanes i equitatives, així com l'educació emocional i sexoafectiva (United Kingdom, 2017).

2. Accions sobre el projecte educatiu de centre, l'organització i governança d'aquest i l'espai físic i simbòlic. Aquests elements participen de la configuració d'una cultura de centre dominant i possibiliten l'hegemonia d'uns determinats models. Per transformar els models relacionals caldrà afavorir les normes i valors socials que promouen l'equitat, el pensament crític i la cooperació. Entre les accions, s'hi recullen replantejar l'organigrama del centre, el projecte educatiu del centre (Bernstein, 1982), els reglaments del centre, els usos dels espais i dels patis, l'arquitectura i l'accessibilitat del centre (Ortiz Escalante i Gutiérrez Valdivia, 2015), la cartelleria, imatges i elements gràfics (Barajas i Ronnkvist, 2007), els materials emprats, les festivitats celebrades, la disposició dels elements a les aules i elaborar protocols de

prevenció i abordatge de les violències. Caldrà incloure la implicació i participació dels infants en les decisions del centre i de l'aula (Agud et al., 2014). No obstant això, s'ha de tenir cura de garantir la diversitat, per no agreujar les iniquitats.

3. Accions de formació a les educadores. En el si de les relacions educatives, les educandes doten de significat els discursos i les pràctiques de les educadores, de manera que esdevenen reforços positius o negatius per determinats models relacionals. Això ocorre tant durant l'acció educativa intencional com la inconscient, a través del currículum ocult. La capacitat de les educadores contribuirà a l'adquisició de consciència crítica sobre el seu impacte en les educandes i possibilitarà la promoció eficaç de relacions saludables i equitatives (Forcadell-Díez, Bosch-Arís, et al., 2023). A més, facilitarà l'efectivitat de les accions de centre.

4. Intervencions socioeducatives per promoure relacions saludables i equitatives entre els educands. L'acció socioeducativa que pretengui incidir en els models relacionals ha de passar necessàriament per la presa de consciència crítica d'educadores i educands com a subjectes amb potencial transformador. Com s'assenyalava anteriorment, caldrà partir d'un abordatge transformador holístic i fonamentar-se en pedagogies crítiques. Mitjançant la reflexió crítica col·lectiva i el diàleg s'afavoreix el desenvolupament de coneixements, habilitats i actituds que promouen conductes prosocials, redueixen l'acceptació i perpetració de les violències i afavoreixen l'organització col·lectiva (Luna i Rubio-Martín, 2022). A més, les intervencions s'haurien de basar en l'evidència

i tenir una perspectiva d'equitat i justícia. Aquests tipus d'intervencions socioeducatives no només promouen canvis dels models relacionals, sinó que també comporten la reducció de les iniquitats socials en salut.

5. Accions sobre la comunitat. La implicació de la comunitat educativa en les pràctiques del centre des d'una perspectiva cooperativa dona continuïtat a les accions educatives promogudes, de manera que garanteixen la coherència i promouen el capital social (Martínez-Odría, 2007). A més, s'ha de tenir en compte la comunitat educativa del centre en els processos de presa de decisió: la cooperació amb les famílies, amb entitats i associacions i la implicació del centre en la vida comunitària afavoreixen la difusió dels models relacionals saludables i equitatius.

4. Fortaleses i limitacions

Com a fortalesa, l'evidència que aquest marc conceptual recull permet considerar les relacions interpersonals com un determinant social de la salut, que permet comprendre i abordar iniquitats socials en salut.

També aquest marc conceptual ajuda a identificar àmbits d'intervenció i, en aquest sentit, les intervencions socioeducatives, ja sigui en contextos d'educació formal o fora d'ell, impliquen relacions de grup. Aquesta visió que va més enllà de l'individu és fonamental quan parlem de promoure relacions saludables i equitatives.

D'altra banda, el positivisme en educació ha afavorit la perspectiva cognitivoconductual, la qual cosa dificulta trobar evidències des d'una perspectiva crítica o comuni-

tària. Finalment, en relació amb els sistemes d'opressió, no ens hem referit al “capacitisme” com un d'ells. Les poques evidències que hem trobat sobre aquest tema enfoquen el tema des d'una perspectiva segregacionista o paternalista. Així mateix, la diversitat de cossos, funcionalitats i capacitats s'ha de tenir en compte en futures intervencions que tinguin com a objectiu promoure relacions més saludables i equitatives.

5. Conclusió

El marc conceptual proposat, basat en l'evidència existent, pot permetre dissenyar intervencions socioeducatives efectives per promoure models relacionals més saludables i equitatius. El marc identifica els determinants estructurals, intermedis, així com els àmbits que cal abordar, en particular els sistemes d'opressió i estratificació social segons eixos de poder, així com els aspectes afectius i emocionals, les habilitats socials i la resolució de problemes socials. A més, s'han identificat cinc àmbits d'intervenció per promoure relacions saludables i equitatives en entorns educatius formals: polítiques educatives, sobre el projecte educatiu de centre, l'organització i governança d'aquest i l'espai físic i simbòlic; la formació a les educadores, les intervencions socioeducatives per promoure relacions saludables i equitatives entre els educands i les relacions amb la comunitat.

6. Recomanacions

La promoció de les relacions saludables i equitatives mitjançant intervencions socioeducatives en l'educació formal és un camp que creixerà en els propers anys i, per tant, cal preveure que apareixeran noves intervencions socioeducatives innovadores. Caldrà tenir un model teòric que faciliti

el disseny d'intervencions socioeducatives de promoció de les relacions saludables i equitatives amb un abordatge transformador i adreçat a educandes, a les educadores, als contextos educatius, a les formes d'organització del centre, l'espai físic i simbòlic dels centres, les normes i els valors socials dels centres educatius, la comunitat educativa i les polítiques educatives.

Bibliografia

- 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*. Accessible a: <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. Accessible a: 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. Accessible a: <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", a: 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*. Accessible a: <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*. Accessible a: <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. *Última 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", a: 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*. Accessible a: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_intro/es_def/adjuntos/nahiko.cas.pdf
- EMIRBAYER, M.; MISCHE, 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.; ABIÉ TAR, 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.; ABIÉ TAR, 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", a: 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", a: 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 Pedagóg*, 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.; PIESSENS, 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 MOORTEL, 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 KAMUSO 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", a: 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 a: 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 a: <https://doi.org/https://doi.org/10.54676/WWU8391>.

UNITED KINGDOM. (2017). *Queen's Printer of Acts of Parliament. Children and Social Work Act 2017. Chapter 16*. Accesible a: 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*. Accessible a: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

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

WHO. (2020). *Life Skills Education School Handbook - Noncommunicable Diseases*. Accessible a: <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.