

María Isabel Vidal Sánchez

Desigualdades sociales, culturales
y de género en salud en la infancia
de Torrero-La Paz (Zaragoza).
Una mirada desde el Modelo de
Activos y la Terapia Ocupacional

Director/es

Gasch Gallén, Ángel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

DESIGUALDADES SOCIALES, CULTURALES Y DE
GÉNERO EN SALUD EN LA INFANCIA DE
TORRERO-LA PAZ (ZARAGOZA). UNA MIRADA
DESDE EL MODELO DE ACTIVOS Y LA TERAPIA
OCUPACIONAL

Autor

María Isabel Vidal Sánchez

Director/es

Gasch Gallén, Ángel

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

2022

TESIS DOCTORAL

Desigualdades sociales, culturales y de género en salud en la infancia de Torrero-La Paz (Zaragoza).
Una mirada desde el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional

M^a Isabel Vidal Sánchez

Departamento de Fisiatría y Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Zaragoza
Programa de Doctorado en Ciencias de la
Salud Terapia Ocupacional

Zaragoza, 2022



D. Ángel Gasch Gallén, Profesor Contratado Doctor del Departamento de Fisiatría y Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza,

INFORMA

Que la tesis Doctoral titulada **“Desigualdades sociales, culturales y de género en salud en la infancia de Torrero-La Paz (Zaragoza). Una mirada desde el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional”**, que presenta Dña. **M^a Isabel Vidal Sánchez** para acceder al título de Doctora por la Universidad de Zaragoza, ha sido realizada bajo mi tutorización y supervisión, demostrando a lo largo de su realización en todas las fases del proceso de investigación que la doctoranda ha llevado a cabo, una gran capacidad de trabajo, tanto técnica como de análisis y síntesis de la información obtenida.

Ha demostrado no solo un excelente empeño en la calidad científica a lo largo de todo el proceso, sino también un compromiso con la transferencia del avance de conocimiento que ha ido incorporando en su investigación y sobre todo una implicación en el desarrollo, participación y respeto por la comunidad con la que ha trabajado. Sin duda se trata de un claro ejemplo del compromiso ético que la persona investigadora debe tener con las personas y comunidades sujetas a estudio, en un trabajo que destaca por su honestidad, responsabilidad social y por la comunidad científica. El avance de conocimiento en las Ciencias de la Salud, desde la evidencia y el trabajo empírico se demuestra en todo el trabajo que, en su conjunto, se presenta en esta Tesis Doctoral.

Que la presente memoria de Tesis se corresponde con el Proyecto de Tesis Doctoral presentado y aprobado en su día por el correspondiente órgano responsable y cumple las condiciones exigidas para que la autora pueda optar al Grado de Doctora.

Y para que así conste, firmo el presente informe en Zaragoza a 17 de mayo de 2022.

AGRADECIMIENTOS

A Cuca, por su generosidad, su inspiración, su guía y su cercanía, que me han seguido acompañando a lo largo del desarrollo de esta investigación. A ella le debo también el “regalo” de mi director: Ángel, al que agradezco la paciencia, la complicidad y los cuidados y el acompañamiento en mi inmersión en la investigación rigurosa, pero también comprometida con las personas y comunidades y con la justicia social.

A mis compañeras y compañeros de la universidad de Zaragoza. A Ana L., por su apoyo incondicional, por sus aportaciones en enfoques que defienden los derechos humanos y ocupacionales, por su receptividad hacia mis intereses y líneas de investigación y por su trabajo incansable para que la Terapia Ocupacional ocupe el lugar que merece en el ámbito académico, investigador y clínico y también para favorecer la cohesión y el apoyo mutuo entre terapeutas ocupacionales de dentro y fuera de la universidad. A las compañeras y compañeros del PAS (Personal de Administración y Servicios) de la facultad de ciencias de la salud y de la escuela de doctorado, por facilitarme tanto la vida y, en especial a Ana, por preocuparse por mí y cuidarme más allá de sus funciones. A las estudiantes que han escuchado mis disquisiciones sobre el tema de este estudio y me han ayudado a pensar y profundizar más sobre él.

A las personas que me han acompañado en las diferentes fases y actividades de este trabajo con las que he disfrutado, y a veces *sufrido*, el proceso: Alejandra (“mi” Ale que estuvo en los comienzos de esta investigación con la misma motivación y emoción que yo), Nora, Elena, Itziar, Lidia, Marina, Rebeca, Esther, Sebas y Pablo. A mi tía Elisa, Manolo, Aída e Ingram, por su ayuda con el inglés y su disponibilidad.

Al barrio de Torrero-La Paz por su generosidad y su espíritu luchador y transformador de las realidades sociales injustas. A todas las personas y recursos con los que hemos contactado y colaborado. A todas las personas participantes, sobre todo a la infancia que compartió sus realidades y sueños. A la AIS “El Trébol” y al CEIP “Sainz de Varanda”. A Pocho por su acogida, su entusiasmo y su saber hacer en el aula.

A mis colegas terapeutas ocupacionales de la “Resistencia Comunitaria” y del grupo transatlántico “verde-violeta” por nutrirme de paradigmas, prácticas y reflexiones

compartidas y disfrutadas alrededor de “lo socio-comunitario” y la perspectiva de género en TO. A Mari Fé por ser mi consejera y referente intercultural del Pueblo Gitano. A Frank por su “food thought”. A Silvia (y a la EUIT, por su beca y por abrir caminos a la terapia ocupacional comunitaria).

A la cooperativa 2. a vía, el lugar donde he crecido profesionalmente y en el que aprendí las bases del trabajo comunitario en salud y la importancia de contar con equipos que sean espacios seguros, donde el sostén, el aprendizaje y los cuidados sean posibles. Gracias por nutrirme y apoyarme en todas mis “grandes” ideas y proyectos, incluido este.

A mis referentes y colegas de la salud comunitaria. Al PACAP, a Paty y a Belén por la acogida, la confianza y por todo lo que he aprendido de ellas.

A mi familia de sangre y a la de elección, por formar esa gran red de cuidados y amor que me sostiene siempre y, por supuesto, durante el desarrollo de esta tesis. A Emilio, por su apoyo incondicional a mi carrera profesional y por todas las horas dedicadas a nuestros hijos, y más, para hacerla posible. A mis “lokas”, a mis “sueñas” y a todas aquellas que me habéis leído, escuchado, reconocido mis esfuerzos y “sacado” a pasear, comer, cenar o bailar. A Chus, Iseta y Guaci por escucharme y aguantarme todo y siempre. A mi hermano, Manuel, porque tenerlo cerca me hace bien. A Hixamari, porque su apoyo ha sido fundamental para llegar hasta aquí (sigo sin saber cómo lo hace).

A las familias del colegio que ya sois parte de esa red. Al grupo de coeducación de la AMPA que también ha sido un espacio para reflexionar sobre el tema de esta tesis.

A mis compañeras y hermanas de los movimientos feministas porque mi trayectoria profesional y esta tesis no habrían sido posibles sin los aprendizajes y experiencias en las que me habéis acompañado. A todos los movimientos, personas y comunidades que luchan por transformar la sociedad hacia una más equitativa, en la que toda la infancia pueda tener acceso a la salud y el bienestar y a la posibilidad de un futuro esperanzador.

DEDICATORIA

A mis hijos: Diego y Elián que siempre serán lo mejor
que he hecho en la vida

A mi madre, Maribel, que me transmitió el valor del
esfuerzo y el trabajo bien hecho y su actitud crítica hacia la
injusticia social

A mi padre, Manolo, del que aprendí a cuidar y disfrutar de
los animales y la naturaleza y a valorar y aprovechar las
pequeñas cosas que son activos para la salud

CONTENIDOS

RESUMEN8

LISTADO DE ABREVIATURAS.....12

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....13

1. Salud y derechos de la infancia.....	13
2. Determinantes sociales de la salud infantil.....	16
3. Bienestar infantil.....	18
4. Promoción de la salud, salutogénesis y activos para la salud.....	19
5. Los determinantes sociales y los activos para la salud en la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional.....	22
6. Activos para la salud infantojuvenil.....	26
7. Barrios y capital social.....	28
8. Perspectiva interseccional de género.....	30
9. Cultura.....	34

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....37

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....44

METODOLOGÍA.....47

RESULTADOS57

- Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families' Perception.....58
- Identificación de activos para la salud a través de metodología photovoice en un colegio de Zaragoza: la percepción de la infancia.....59
- Perspectivas profesionales ante los activos para la salud de la infancia en un barrio: Un estudio Delphi....85

DISCUSIÓN112

- Activos para la salud de la infancia.....112
- Fortalezas, recursos y factores protectores de la salud de la infancia de Torrero-La Paz.....114
- Barreras y facilitadores del acceso a los activos.....118
- El modelo de Activos en las en la Terapia la Ciencia Ocupacional.....124
- Propuestas de mejora.....127
- Limitaciones y fortalezas.....128

CONCLUSIONES.....132

BIBLIOGRAFÍA135

ANEXOS145

RESUMEN

Introducción: La infancia es una etapa crucial para mantener, restaurar y promover la salud a lo largo del curso de la vida. Hay evidencias de cómo los determinantes sociales condicionan la salud presente y futura de las niñas y niños. El enfoque salutogénico y el modelo de activos son esenciales para la promoción de la salud asociada a una visión más positiva, holística y compleja de la salud. Desde esta visión cobra relevancia utilizar el concepto de bienestar infantil. El enfoque basado en activos supone promover la capacidad de agencia de las personas y comunidades en el manejo y control de su salud. Los activos para la salud infantil están despertando un creciente interés, pero son escasas las publicaciones que recogen la percepción de la propia infancia, así como de sus familias y de las personas que desarrollan su labor profesional con ella. Los contextos donde se vive, barrios en el caso de la ciudad, condicionan enormemente las posibilidades de acceder a los activos y a la salud y bienestar en general, por lo que se recomienda contextualizar las investigaciones en una comunidad concreta. La Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional apenas han incorporado el modelo de activos, pero en sus fundamentos está la recomendación de actividades para mejorar la salud y el bienestar de personas, grupos y comunidades; además, los enfoques y paradigmas actuales, retomando las bases fundacionales de esta disciplina, incorporan la importancia de las conexiones sociales y de los contextos y entornos, tanto físicos como sociales, para que las ocupaciones sean verdaderamente beneficiosas para la salud y el bienestar. La perspectiva interseccional de género constituye un paradigma de investigación que aborda la complejidad en la configuración y el mantenimiento de las desigualdades sociales en salud; que contribuye a superar la tendencia reduccionista, a menudo presente, en el abordaje social en el campo de los determinantes de la salud. Este trabajo de investigación se enmarca en la línea de buscar evidencias sobre los activos para la salud de la infancia, contextualizada en el **barrio de Torrero-La Paz** (Zaragoza), barrio obrero donde conviven familias de niveles socioeconómicos, culturas y orígenes muy heterogéneos.

Objetivos: 1) Describir el estado de la cuestión sobre los activos para la salud de la infancia. 2) Identificar las fortalezas, recursos y factores protectores de la salud de la infancia, contextualizados en una comunidad concreta. 3) Identificar y analizar la

relación entre el rol de género y otras variables sociales y económicas en el reconocimiento, acceso y fortalecimiento de los activos para la salud de la infancia.

4) Establecer relaciones entre el Modelo de Activos y los paradigmas de la Terapia Ocupacional y/o de las Ciencias de la Ocupación y determinar qué conceptos de esta disciplina son asimilables y aplicables a los activos y qué sinergias pueden establecerse.

5) Recopilar estrategias y prácticas que pueda fomentar y sostener la comunidad para potenciar los activos y favorecer la salud y bienestar de la infancia de Torrero-La Paz.

Metodología: Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA). La participación de la comunidad y la contribución a la mejora de la salud de la infancia fueron los pilares fundamentales de la investigación. Con diseño de metodología mixta, este trabajo se desarrolló en 3 fases FASE 1- Identificación de activos para la salud de la infancia (6-10 años) y familias: que incluyó actividades con niños de 6 a 10 años de dos recursos educativos y un estudio descriptivo con análisis bivariado mediante una encuesta de elaboración propia para las familias. FASE 2- Profundización en los activos de la infancia (11-13 años): análisis y propuestas: Se realizaron 5 sesiones con herramientas participativas y metodología photovoice. También se administró un cuestionario de identificación de activos. FASE 3- Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas: Se realizó un panel de personas expertas usando metodología cualitativa (Delphi y entrevistas en profundidad).

Resultados: FASE 1- Se obtuvieron resultados de 130 niños (70 niños y 60 niñas) y 58 familiares, la mayoría mujeres. La infancia del barrio y sus familias vincularon su bienestar a las ocupaciones, sobre todo de juego y ocio y de participación social. Se observó influencia del rol de género y otros factores socioeconómicos en la identificación, valoración y acceso a los activos. Las familias consideraron que era un buen barrio para la infancia e identificaron activos externos e internos y determinantes de crecimiento sano y feliz. FASE 2- Los temas identificados fueron: colegio y profesorado, amistades, actividades, familia, parques y zonas verdes, casas y cosas, mascotas y otros lugares del barrio. En los cuestionarios se identificaron la familia (82,9%), las amistades (71,5%) y la vivienda (36,6%) como los temas más importantes para su salud y felicidad. Hay diferencias por género en las respuestas: los niños dan más

importancia a las amistades y las niñas a la vivienda. La infancia consultada realizó propuestas de mejora en las líneas de fomentar la convivencia, igualdad de oportunidades, seguridad y espacios. FASE 3- Las personas expertas participantes consideraron que el barrio constituía un buen entorno para el crecimiento sano y feliz de la infancia, pero puntualizaron que hay grandes diferencias dentro del barrio. Lo más importante/fundamental para el crecimiento sano y feliz de la infancia fue la “Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas)” seguida de la “Seguridad física (sentirse a salvo)” y “Tener personas que les quieran mucho”. Las ocupaciones fueron relacionadas con la salud y el bienestar de la infancia. Lo más excelente del barrio, según la opinión de las personas expertas, fueron las redes de apoyo y ayuda mutua, seguidas de servicios educativos y sanitarios y de zonas verdes y lo más deficitario la posibilidad de un futuro esperanzador y el apoyo emocional dentro de la familia. En cuanto al acceso a los activos, las y los profesionales identifican dificultad para valorar la influencia de cada uno de los marcadores sociales por separado, pero la pobreza o escasez de recursos económicos es identificada como la principal barrera. También se identificaron dificultades en el acceso a la salud de la infancia migrante y del Pueblo Gitano y en cuanto a la influencia del género no hubo consenso. El panel de personas expertas realizó propuestas concretas de acción.

Conclusiones: La familia constituye el principal activo de tipo estabilizador para la infancia del barrio y, junto a las amistades, conecta con los activos internos (activos de “tener”). Los principales activos para la salud y bienestar de la infancia de Torrero-La Paz son las redes de apoyo y ayuda mutua y la solidaridad; las zonas verdes y parques de y los recursos comunitarios. La seguridad física y emocional, estar con su familia, tener personas que les quieran mucho y el acceso a la sanidad son determinantes del crecimiento sano y feliz de la infancia del barrio. La participación en ocupaciones significativas es un HA para la infancia de este barrio, su potencial generador de salud se relaciona con la pertenencia, la participación social, la aprobación y apoyo de sus familias y el aprendizaje asociado a las mismas. Se constatan grandes desigualdades entre la infancia del barrio de Torrero-La Paz, tanto en la identificación, como en el acceso a los activos para la salud determinadas por género, cultura, procedencia, etnia, estatus económico y social, etc. Estas desigualdades entre la infancia se manifiestan

tanto en los entornos físicos y viviendas, como en el apoyo emocional de su entorno familiar y la posibilidad de un futuro esperanzador. De los hallazgos de esta tesis emerge la discriminación y vulneración que sufre la infancia del Pueblo Gitano y la persistencia del modelo de bloqueo respecto a la competencia cultural, que convive con el de apertura. También se observa desequilibrio ocupacional percibido por la infancia de Torrero-La Paz. Las propuestas van en la línea de acabar con las barreras para el acceso a la salud y el bienestar de la infancia del barrio (pobreza, racismo, machismo) y fomentar la accesibilidad universal con recursos gratuitos, ayudas y becas y mejorar la convivencia y la equidad. Se recomienda apoyar y cuidar mejor espacios, recursos y servicios que ya existen en la comunidad. Para mejorar la salud de la infancia de Torrero-La Paz las y los profesionales priorizan el trabajo con familias, la educación, la colaboración con las personas y colectivos vulnerables, la participación comunitaria y el trabajo en red.

LISTADO DE ABREVIATURAS:

ABCD: Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD por sus siglas en inglés)

AIS: Asociación de Intervención Socio-educativa

CEICA: Comité de Ética en la Investigación de la Comunidad de Aragón

CPEIP: Colegio Público de Educación Infantil y Primaria

CO: Ciencia Ocupacional

FAGA: Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón

FSG: Fundación Secretariado Gitano

HA: Activos para la salud (Health Assets en inglés)

OMS: Organización Mundial de la Salud

STARS: Sustainable Travel Accreditation and Recognition for Schools

TO: Terapia Ocupacional

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1. Salud y derechos de la infancia

La infancia es una etapa crucial para mantener, restaurar y promover la salud a lo largo del curso de la vida. En esta etapa se buscan las competencias y los factores y recursos que permitan hacer frente a los retos que plantea la vida; la potencialidad del crecimiento y desarrollo vital saludable puede ser fortalecida si existe una base segura para vivir. (Colomer-Revuelta et al., 2004; Dundar et al., 2017; Hernán et al., 2010).

La niñez es un período de gran vulnerabilidad, dado que niños y niñas son organismos especialmente sensibles a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud. Así, los contextos en los que se produce el desarrollo son críticos, siendo el familiar sobre el que se construyen las bases. Otros contextos (escuela, grupos de pares, vecindario, grupos religiosos y nacionalidades) adquieren mayor relevancia a medida que niñas y niños crecen (Colomer-Revuelta et al., 2004; Earls y Carlson, 2001)

La relevancia otorgada a la salud de la infancia se ha construido históricamente, pasando desde la indiferencia a la supervivencia y posterior consideración como recurso fundamental de la sociedad. El desarrollo de las democracias propició que se dieran las bases institucional y legislativa para las políticas públicas destinadas a proteger a la infancia. En el siglo XX se fueron sucediendo tratados, convenciones y declaraciones nacionales que culminaron en la “Convención sobre los Derechos del Niño” de 1989 (UNICEF, 2006). Esta convención, ratificada por toda la comunidad internacional (excepto Estados Unidos y Somalia), constituyó un hito histórico, además de un instrumento internacional orientado a promover, resguardar y respetar los derechos de la infancia. Además, ha permitido aumentar su protagonismo y que niños y niñas sean tomadas en consideración, no sólo como objeto de protección, sino también como sujeto de derecho (Cañón-Rodríguez et. al., 2018; Colomer-Revuelta et al., 2004; Verhellen, 1997).

Ahondando en la Convención sobre los Derechos de la Infancia, esta establece, en términos generales, que los países adheridos deben garantizar que todos los niños y niñas se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia;

tengan acceso a servicios como la educación y la atención de salud especializada; puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos y se desarrollen en un ambiente de comprensión, felicidad y amor. Esta Convención también recoge que los países deben asegurar que la infancia reciba información sobre sus derechos, pudiendo participar en el proceso de una forma accesible y activa (UNICEF, 2006).

Desde el punto de vista de la Salud Pública Infantil, que sitúa la salud de infancia y familias en su contexto social, económico y político (Köhler, 1998) podemos justificar la importancia de prestar atención a la salud en esta etapa en base a que niños y niñas (Köhler, 2018):

1. Constituyen una parte importante de la población. En muchos países de Europa suponen el 20% y en otros lugares de mundo hasta un 50%.
2. Representan un grupo vulnerable de la sociedad, su salud y bienestar son un indicador de cómo esa sociedad cuida a su ciudadanía.
3. No pueden influir en políticas sanitarias u otras decisiones con consecuencias para la salud, debido a que no tienen poder político.
4. En la infancia y la juventud se establecen los cimientos de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de la adultez y, generalmente, también del propio estado de salud.
5. En el artículo 24:1 de la “Convención sobre los derechos del Niño” de 1989 se les reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel de salud.

El ámbito de la salud no estaba exento de la invisibilidad de esta etapa vital, una muestra de ello es que la salud de la infancia no era apenas recogida en las encuestas de salud de hace unas décadas. Sin embargo, en los últimos tiempos esto ha ido mejorando y son muchos los estudios y encuestas centradas en este grupo de población elaboradas por organismos como UNICEF, Save the Children y la OMS (Köhler, 2018). Del mismo modo, se va cuestionando la mirada adulto-céntrica sobre la infancia que ha provocado sesgos “adultizados” en la implementación y evaluación de políticas e intervenciones de salud no acordes a la realidad de esta población y con escaso reconocimiento de las capacidades y oportunidades de la infancia y que, además, han excluido la perspectiva de género (Poblete et al., 2016).

En los últimos tiempos se han producido avances en la mejora de la salud de la infancia, muy desiguales atendiendo al territorio. En Europa en general, y en España en particular, ha disminuido, considerablemente, la mortalidad infantil y se han ido registrando mejoras en las condiciones de vida de la infancia, pero estudios recientes alertan de las consecuencias de las crisis económicas y de las medidas de austeridad, que han provocado estancamiento en las tendencias de mejora y, en algunos casos, incluso un claro empeoramiento de las condiciones de vida de la infancia, con especial impacto en las familias social, cultural y económicamente vulnerables (Bradshaw et al., 2015; González-Bueno, 2012; Köhler, 2018; Spijker, 2020;)

En la actualidad, los principales problemas para la salud en la infancia en España y que, en general, son comunes a los de otras regiones del mundo, que persisten o empeoran son (Colomer-Revuelta et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2015):

- El deterioro de la calidad del ambiente.
- El maltrato infantil.
- Los problemas de salud mental.
- La obesidad (Carmona-Rosado y Zapata-Moya, 2021).
- Las discapacidades.
- Los estilos de vida, sobre todo en relación con los hábitos de ocio, en los que observamos una tendencia a la baja de actividades de esparcimiento al aire libre y un aumento del tiempo dedicado a tecnologías y pantallas (Moreno-Villares et al., 2019).

Entre los principales retos y aspectos a seguir mejorando se apunta a (Cañón-Rodríguez et al., 2018; Colomer-Revuelta et. al, 2004; Cañón-Rodríguez et al., 2018; Köhler, 2018):

- Conseguir un incremento de la participación real de la infancia en las investigaciones, encuestas, planes y políticas de salud, continuando el camino hacia la superación del adulto-centrismo (Percy-Smith, et al. 2010).
- Abrir el foco desde el modelo centrado en déficits, enfermedades y problemas, para incorporar el bienestar y los aspectos positivos de la vida que hacen que merezca la pena vivirla en abordaje de la salud infantil.

2 Determinantes sociales de la salud de la infancia

Los determinantes de la salud más importantes, tanto en la adultez como en la infancia, son las condiciones sociales y económicas (Marmot, 2005; Wilkinson y Marmot, 2003).

Los problemas vinculados a la salud infantil han sido conceptualizados y estudiados sustancialmente en la literatura especializada (Cañón-Rodríguez et al., 2018).

Ya en el siglo XVIII se demostró la relación entre procesos de urbanización e industrialización y condiciones inadecuadas para la alimentación, la seguridad y el cuidado de la infancia de la clase trabajadora (Rosen, 1993). Posteriormente, en el siglo XIX, se documentó que las tasas de mortalidad de enfermedades como la viruela, la escarlatina o la tosferina eran menores en los niños y niñas de clase alta que en los de la clase trabajadora. En esta época, Engels identificó la influencia de las circunstancias sociales en las complicadas condiciones de vida de la infancia, lo que fundamentó el estudio de los mecanismos a través de los cuales las desventajas sociales producen peor salud (Cañón-Rodríguez et al., 2018; Starfield, 2008).

A mediados del siglo XX las desigualdades sociales en salud habían disminuido, pero a partir de los años 70/80 el incremento de las brechas socioeconómicas, tanto a nivel internacional, como dentro del territorio de cada país, han ido provocando disparidades importantes en materia de salud. Las principales diferencias se dan entre países de altos y bajos ingresos económicos, pero las crisis y las recesiones de los últimos tiempos han puesto de manifiesto la pobreza infantil y las desigualdades en salud de la infancia de los supuestos “países ricos”. Existe evidencia de que la desventaja social y económica se asocia a peores resultados en indicadores de salud y menor esperanza de vida (Baum, 2017; Marmot, 2005). y se han demostrado gradientes sociales en salud (a mejor nivel socioeconómico mejor salud) en la mayoría de los problemas de salud infantil (Starfield, 2008).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud (2008) identifica la etapa precoz del desarrollo como una parte fundamental de las vías y los mecanismos por los que se producen y perpetúan las desigualdades sociales en salud en la edad adulta. También señala la evidencia de que cuanto más

precoces sean las intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en salud mayor será su efectividad. La desventaja social y económica en la infancia está asociada, por ejemplo, a bajos niveles educativos y laborales, a una peor salud física y mental y mayor riesgo de tener alguna discapacidad en la madurez (Guralnik et al., 2006; Zeki Al Hazzouri et al., 2011; Ben Lennox et al., 2019). Los últimos hallazgos de las investigaciones apuntan a que con políticas y programas que combatan la pobreza en la infancia y las consecuencias de ésta y de vivir en barrios pobres, pueden producirse efectos positivos duraderos en la salud de personas adultas y mayores (Ben Lennox et al., 2019)

Font-Ribera et als. (2014) analizaron los estudios realizados en España sobre desigualdades sociales en salud infantojuvenil que hacen hincapié en los determinantes sociales de la salud. Entre los resultados podemos destacar que se detectan desigualdades sociales en todos los temas estudiados, sobre todo desigualdades de género, siendo éstas observables de manera especial en la calidad de vida y la salud percibida. Esta revisión concluye constatando las desigualdades sociales en algunos aspectos de la salud infantil: salud mental, salud dental, conductas relacionadas con la salud y obesidad. Font-Ribera et als. también señalan que en España existen pocos estudios centrados en las desigualdades sociales en salud en infancia.

3. Bienestar infantil

El bienestar, tal y como se entiende hoy en día, se refiere tanto a los sentimientos y experiencias subjetivas como a las condiciones de vida y puede definirse como un estado deseable de felicidad, salud y prosperidad. Se trata de un concepto multifactorial que incluye, entre otros, la salud, el bienestar material y el bienestar emocional y que se encuentra en estrecha relación con temas clave como el capital social y el apoyo social vinculado a este (Morgan et al., 2012; Casas-Aznar, 2020).

El bienestar es un concepto esencial en el estudio de la vida y la salud de los niños y las niñas, debido a que posee un gran potencial para vincular las dimensiones objetivas, subjetivas e intersubjetivas de sus experiencias de manera contextualizada y holística (Crivello et al., 2009)

Para el estudio del bienestar infantil debemos tener en cuenta múltiples dimensiones: condiciones de vida y bienestar objetivo de la infancia; percepciones y evaluaciones de agentes vinculados a la vida de niños y niñas (familias, profesionales sociales y de salud, profesionales de la educación formal e informal, etc) y percepciones, evaluaciones y aspiraciones de la propia infancia. Son las aspiraciones, percepciones, evaluaciones y propuestas de los niños las que históricamente han sido menos tomadas en consideración en los estudios sobre su bienestar. Sin embargo, este enfoque centrado en examinar el bienestar infantil desde el punto de vista de la propia infancia está incrementando su presencia en la literatura, apoyándose en tres evidencias: en primer lugar, se ha demostrado que las perspectivas de la infancia son diferentes a las de sus familias o personas cuidadoras. En segundo lugar, las investigaciones han evidenciado una fuerte correlación entre los resultados obtenidos explorando la subjetividad de la infancia y los que se obtienen a través de medidas objetivas sobre bienestar infantil. En tercer lugar, las dudas sobre la fiabilidad y la validez de los datos subjetivos obtenidos de niñas y niños se han desechado en los últimos años, concluyendo que el potencial de su participación en las investigaciones sobre bienestar infantil es mucho mayor que los peligros (Ben-Arieh, 2005; Casas-Aznar, 2020)

4. Promoción de la salud, salutogénesis y activos para la salud

La Promoción de la salud entiende la salud como una fuerza intrínseca y positiva (OMS, 1986). Una de las bases más sólidas para la promoción de la salud desde esta perspectiva es la teoría Salutogénica de Antonovsky (1996) (Antonovsky, 1996 en: Morgan y Hernán, 2013; Hernán-García, 2015; Lindstrom y Eriksson. 2009). Las investigaciones de este autor con mujeres supervivientes de campos de concentración nazis y los efectos de esta experiencia en su salud y su ciclo menstrual le llevaron a constatar que algunas de estas mujeres no presentaban un empeoramiento en su salud percibida. A partir de estos hallazgos Antonovsky comenzó a preguntarse por los factores que intervienen en la satisfacción con la vida y la autopercepción del estado de salud, más o menos positivo, de las personas ante experiencias y situaciones similares. Esto fue la base de las preguntas que inspiraron su camino investigador para resolver lo que él denominó “el misterio de la salud”: ¿Qué nos hace vivir mejor? ¿Cuáles son los factores que influyen para que unas personas con experiencias traumáticas y dañinas salgan adelante y otras no? (Hernán-García, 2018; Kelner, 1988) y más adelante su teoría salutogénica centrada es responder a estas otras preguntas: ¿Qué crea la salud? ¿Qué es lo que hace que personas y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren? (Antonovsky, 1996, Hernán-García, 2018).

Este enfoque está claramente conectado con el desarrollo de la promoción de la salud que se estaba desarrollando en esa época (WHO, 1986; Antonovsky, 1996; Hernán-García, 2018; Lindstrom y Eriksson. 2009) y con el Marco conceptual del Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD por sus siglas en inglés). El Desarrollo comunitario basado en activos se sustentó en los aportes de Morgan y Ziglio (2007) al llevar al campo de la salud pública los planteamientos de la salutogénesis y las bases para la práctica del desarrollo comunitario (Kretzman y McKnight, 1993; Pérez-Wilson et al., 2020). El ABCD proporciona un marco sustentado en la comprensión de las fortalezas y recursos que las comunidades ya tienen, lo cual está en contraposición con el enfoque tradicional, más centrado en déficits y necesidades y en el que son las y los profesionales los que evalúan

y priorizan las necesidades de personas y comunidades (Hernán-García, 2018; Kretzmann y McKnight, 1993; Morgan y Ziglio, 2007).

El concepto de activos para la salud cobró especial relevancia al principio de los 2000 cuando Morgan y Ziglio propusieron un “modelo de activos”, muy acorde a los principios de la Carta de Ottawa (OMS, 1986) para tratar de estructurar e integrar distintas teorías, conceptos y marcos en torno a la salud positiva que pudieran constituir una base para que las personas que desempeñan su labor profesional en la salud pública y comunitaria pensarán en cómo contribuir a crear salud en las comunidades (Pérez-Wilson et al., 2020)

En los crecientes trabajos sobre activos para la salud (Health assets- HA) se manejan diversas definiciones, pero la más extendida sigue siendo la acuñada por Morgan y Ziglio en 2007 (Van Bortel et al., 2019) “cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud” (Morgan y Ziglio, 2007 p.18). Así, la reducción de las desigualdades en salud es uno de los objetivos del enfoque de activos para la salud que recomienda complementar los modelos de déficit (centrados en problemas y necesidades) que presentan limitaciones como la tendencia a infravalorar el papel de personas y comunidades en la creación y mantenimiento de la salud (Morgan y Ziglio, 2007; Van Bortel et al., 2019).

Trabajos más recientes en el ámbito de los HA distinguen entre los activos individuales y el enfoque basado en activos que implica un trabajo y compromiso sistemático con las comunidades y todas las partes interesadas (Van Bortel et al., 2019).

Ambos enfoques: el salutogénico y el enfoque basado en activos confluyen en la práctica y la investigación y despiertan un creciente interés, lo cual tiene un reflejo en las publicaciones registradas (Alvarez et al., 2020; Casseti et al., 2019; Hernán-García, 2018; Mittelmark et al., 2017) (Van Bortel et al., 2019; Pérez-Wilson et al., 2020). Podemos considerar que la teoría salutogénica es la base teórica de los enfoques basados en activos (Morgan y Hernán, 2013) y la literatura especializada sigue abogando por la profundización para integrar ambos enfoques lo que permitiría mejorar el conocimiento

y fomentar la comprensión para realizar mejores diseños de estrategias de promoción, prevención e intervención en la salud individual y colectiva (Pérez-Wilson et al., 2020).

Así, desde el paradigma de la Salutogénesis de Antonovsky, que se ha relacionado también con el concepto de resiliencia, se recomienda traspasar los límites de los modelos basados en el déficit y las necesidades e identificar y reforzar los activos para la salud (Antonovsky, 1996; Hernán et al., 2013; Lindstrom y Eriksson. 2006).

Los activos para la salud pueden actuar en los niveles: individual (autoestima, competencia social, etc.), comunitario (redes de apoyo social, capital social, cohesión comunitaria, grupos de ayuda mutua, solidaridad intergeneracional, y otros) e institucional (seguridad en vivienda y empleo, ambientes acogedores y saludables, etc.). Así, la cohesión social, las relaciones de ayuda en la comunidad y los grupos de ayuda mutua son algunos de los factores considerados protectores de la salud en general (Hernán y Lineros, 2010).

Para que un enfoque basado en activos sea efectivo debe trabajar e integrar los distintos niveles en los que operan los factores de promoción o protección de la salud: individuos, comunidades, organizaciones y sistemas (Van Bortel et al., 2019).

Además de estar respaldada teóricamente en conceptos positivos relacionados con la salud, una característica común en la literatura sobre HA es la necesidad de involucrar plenamente a las personas y las comunidades en el proceso de desarrollo de la salud (Van Bortel et al., 2019) lo que debe incluir tomar en cuenta la percepción sobre sus activos.

5. Los determinantes sociales y los activos para la salud en la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional

La Terapia Ocupacional se ha interesado por la promoción de la salud desde los años 80 (Baum, 1980; Mann et al., 1986; Mungai, 1985). Siendo muchas las publicaciones que establecen puntos comunes entre la filosofía de esta disciplina y la de la promoción de la salud (Fritz et al. 2016; Johnson, 1986; Pizzi et al, 2017; Wilcock y Hocking, 2015).

Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud se han ido incorporando a las investigaciones, enfoques teóricos e intervenciones desarrolladas desde la Terapia Ocupacional (TO). Atendiendo a la relación entre ocupación y salud, se evidencia que en contextos en los que se limita o restringe la libertad de elección y las posibilidades de acceso y desempeño de acciones significativas, satisfactorias y diversas, se ve mermada la posibilidad de desarrollo integral de la identidad de las personas y su sentido de pertenencia a la comunidad (Wilcock y Hocking, 2015) La visión holística de la salud, que caracteriza a esta disciplina, posibilita prestar especial atención a la influencia de los entornos (físico y social) en la salud.

La influencia de las desigualdades y determinantes sociales de la salud en el acceso a las ocupaciones de los individuos y las comunidades ha sido señalada por la Terapia Ocupacional y por la Ciencia Ocupacional (Wilcock y Hocking, 2015). Las desigualdades impiden el logro de los derechos ocupacionales, como “el derecho de todas las personas a participar en ocupaciones significativas que contribuyan positivamente a su propio bienestar y el bienestar de sus comunidades” (Hammell, 2008, p.62). Esta es una extensión de la noción de Wilcock y Townsend de justicia ocupacional, que enfatiza la importancia de la equidad en las oportunidades ocupacionales (Durocher et al., 2019).

Para posibilitar la inclusión de los determinantes sociales de la salud en la Terapia Ocupacional (TO) han intervenido diversos factores, entre los que podemos nombrar: el desarrollo de la TO social y comunitaria y de modelos como los ecológicos, la crítica a la TO centrada en el cliente, la inclusión de los paradigmas crítico y social y de la perspectiva decolonial, las TOs del Sur, la emergencia de otros enfoques socioculturales y la inclusión de la influencia de factores como cultura, raza y etnia al análisis del

desempeño ocupacional (Fransen et al., 2015; Galheigo, 2012; Schell et al., 2015; Simó et al., 2016; Pino et al., 2015; Silva, 2021; Valderrama, 2019; Zango et al., 2012).

En la Ciencia Ocupacional, las perspectivas sobre el entorno se han ido alineando cada vez más con el transaccionalismo, entendiendo que para la comprensión de las experiencias ocupacionales de las personas debemos tener en cuenta la importancia, influencia y determinación de los diversos contextos y entornos y también la perspectiva histórico-social de la ocupación. Así, el estudio de las ocupaciones debe ser mucho más amplio que el estudio del “desempeño de la persona en el ambiente”, y atender a las influencias de muchos otros factores y a la interacción de estos entornos y contextos entre sí (Ferrufino et al., 2019; Galheigo, 2012; Hocking, 2020;). Además, gracias a la influencia de planteamientos y teorías críticas, basadas en los derechos humanos, como las feministas, decoloniales, sociales, críticas, colectivas, entre otras. (Mondaca, 2017; Morrison y Araya, 2018; Pino et al., 2015; Ramugondo y Kronenberg, 2015; Silva, 2021; Valderrama, 2019) se ha ido superando la perspectiva individualista, occidentalocéntrica y neoliberal para entender que las familias, los grupos y las comunidades hacen con y para los y las demás, lo que da lugar a un proceso de creación de una experiencia colectiva de ser, de pertenecer unos a otros y de convertirse en el tipo de sociedad que, a través de sus acciones colectivas, puede transformarse en más inclusiva y justa. Estos planteamientos están cuestionando la separación occidental entre persona y entorno, a la luz de los hallazgos que nos permiten ver cómo la ocupación humana está muy determinada por las realidades políticas, sociales, económicas y ecológicas (Hocking, 2020; Pino et al., 2015).

El uso del concepto de activos para la salud ha ido aumentando en diversas disciplinas como psicología, enfermería, medicina, ciencias sociales y salud pública) (Rotegård et al., 2010; Van Bortel et al., 2019). Sin embargo, en Terapia Ocupacional ha sido escasamente utilizado.

La poca visibilidad e infrautilización de la Terapia Ocupacional en ámbitos como la atención primaria y la promoción de la salud ha hecho que en procesos como el de la prescripción social no haya sido tomada en cuenta la perspectiva de esta disciplina (Bradley y Scott, 2021). La prescripción social es un proceso que favorece el acceso a

actividades, recursos y servicios ajenos a lo médico que favorecen su salud y bienestar (The Kings Fund, 2017). Bradley y Scott, (2021) señalan que en el mundo existen modelos diferentes de prescripción social, pero la mayoría se realizan desde atención primaria y suponen poner en contacto a las personas con trabajadores de enlace para poder acceder a actividades relacionadas con las relaciones sociales, el voluntariado, el ejercicio físico o las actividades en grupo. La prescripción se basa en una evaluación individualizada de la persona y sus problemas y de las actividades o recursos que podrían aumentar el control sobre su salud y mejorar ésta y su bienestar (Bradley y Scott, 2021).

Bradley y Scott (2021) reportan que existe un creciente interés y uso de la prescripción social, pero que sus planteamientos y filosofía los podemos encontrar ya en teorías y planteamientos previos que reconocen los efectos positivos sobre la salud y bienestar de la actividad y de la conexión social basada en esta actividad (Wilcock, 2006) y también en las teorías sobre los determinantes sociales, expuestas en apartados anteriores de esta tesis (Wilkinson y Marmot, 2003). Las autoras señalan que la TO tiene, desde Meyer (1922), una dilatada trayectoria en la recomendación de actividades para mejorar la salud y el bienestar de personas con problemáticas socio-sanitarias de diversa índole. Además, los enfoques y paradigmas actuales de la TO y la Ciencia Ocupacional (CO) incorporan la importancia de las conexiones sociales (“hacer con” y “pertenecer”) para que las ocupaciones sean verdaderamente beneficiosas para la salud y el bienestar (Wilcock y Hocking, 2015). Merece la pena destacar que los planteamientos que hacen hincapié en el sentido de comunidad y la importancia de “hacer con” han sido impulsados por Terapias Ocupacionales desarrolladas desde lugares del mundo y posicionamientos diferentes a las que han sido dominantes en TO y CO, como las nombradas al principio de este apartado (Mondaca, 2017; Morrison y Araya, 2018; Pino et al., Ramugondo y Kronenberg, 2015; 2015; Silva, 2021; Valderrama, 2019). Bradley y Scott (2021) también reflexionan sobre cómo esta importancia de la conexión social para el bienestar es algo que se trabaja directamente desde organizaciones comunitarias y donde la base y el motor es la comunidad y no los profesionales.

Desde TO se reconoce que la prescripción social ha permitido traducir la recomendación de actividades a un concepto accesible y aplicable lo que puede que permita satisfacer mejor las necesidades de salud; pero esta simplificación sitúa la práctica dentro de un

modelo médico de salud que deja fuera, no sólo las valiosas aportaciones que podría realizar la TO, sino también las de las propias comunidades (Bradley y Scott, 2021). Este reduccionismo médico, que sitúa al profesional como prescriptor y experto, ha sido también cuestionado desde profesionales y equipos relevantes en salud comunitaria en España y está en la base de proponer el uso del término “recomendación basada en activos” en vez de prescripción social. Según estas autoras y autores, la prescripción social responde a una visión más racionalista y paternalista, donde la prescripción se entiende más enfocada hacia recetar, ordenar o determinar un remedio. Por ello sugieren usar “recomendación basada en activos”, porque no todos los activos que se recomiendan van a ser sociales, sino de la comunidad; porque tiene un sentido más amplio e inclusivo, basado en la búsqueda consensuada, activa y con la participación de la persona y porque incluye la implicación de otros ámbitos fuera del sanitario: ciudadanía, asociaciones, administraciones que ejecutan políticas no sanitarias con un gran impacto en el bienestar de la población, etc. (Astier et al., 2019; López et al., 2017).

6. Activos para la salud infantojuvenil

Las publicaciones científicas sobre HA de infancia y adolescencia han ido creciendo en los últimos años. En éstas se han identificado dos tipos de activos para la salud: internos y externos. Entre **los internos** encontramos: compromiso con el aprendizaje, valores saludables y positivos, habilidades sociales, identidad positiva, autocontrol, valores, fuerza de voluntad, autoestima, autorregulación, bienestar psicosocial, autoconocimiento, sentido del humor, resistencia a las presiones, autoconfianza, estado de ánimo positivo, autoeficacia, la capacidad para manejar dificultades y desafíos, competencia social, respeto, cooperación, capacidad de expresión y capacidad de hablar con otras personas sobre sus sentimientos (Calmeiro et al., 2018; Hernán García et al., 2015; Pérez-Wilson et al., 2015; Sáenz Mendía et al., 2014; Search Institute, 2006; ; Soriano-Ayala et al., 2020). Estos activos internos pueden clasificarse en los siguientes tipos: rasgos personales (activos del “ser”), comportamiento (activos del “hacer”) y la seguridad de poder acceder a recursos sociales que contribuyen a su sentimiento de salud y bienestar (activos del “tener”) (Pérez-Wilson et al., 2015). En cuanto a los activos externos las publicaciones recogen, entre otros: cohesión social, cariño y amor, componentes que generan capital social, ligado a la capacidad de la comunidad para enfrentar la adversidad conjuntamente y movilizar sus propios recursos, zonas verdes, parques, instalaciones deportivas y de ocio, servicios sanitarios, familia, amistades, pares, tolerancia cultural, identidad cultural (Calmeiro et al., 2018; Hernán-García, 2018; Pérez-Wilson et al., 2015; Sáenz Mendía et al., 2014; Soriano-Ayala et al., 2020). Las publicaciones más recientes ponen el foco especialmente en los activos culturales y políticos, ya sean estos tangibles o intangibles (Álvarez-Dardet, 2015).

La opinión y percepción de adolescentes acerca de los activos para su salud ha sido recogida en diversas investigaciones (Botello y Hernán, 2008; Calmeiro et al., 2018; Pérez-Wilson et al., 2015). Estas investigaciones, que cuentan con la participación de adolescentes, incluyen la investigación cualitativa y superan la tendencia de anteriores investigaciones, influida por el modelo de déficits, que se centraban en detectar los activos que faltaban en una comunidad (Botello y Hernán, 2008; Pérez-Wilson et al., 2015).

Sin embargo, en el caso de investigaciones que recojan el punto de vista de infancia menor de 13 años sobre sus activos para la salud, se han recuperado escasas publicaciones (Whiting et al., 2013; Hernán-García, 2018; Hernán-García et al., 2021, Sáenz Mendía et al., 2014).

Si se utilizan herramientas apropiadas puede fomentarse la participación de la infancia, que puede ser muy enriquecedora para las investigaciones e intervenciones sobre promoción de salud, es importante tener en cuenta la perspectiva infantil para tomar decisiones e intervenir de manera efectiva y eficiente con personas en estas etapas vitales (Vacarino-Ruiz et al., 2021; Whiting et al., 2013).

Whiting et al. (2013) identificaron un activo estabilizador (Being a family) y 11 activos básicos (8 internos y 3 externos) percibidos por la infancia de 9-11 años, a través de un trabajo con los niños titulado "I am good" y con una representación teórica recogida como CAW Model (The Children's Asset Wheel). Los activos externos identificados fueron: amistades, recursos económicos y la comunidad, siendo señalado el entorno más cercano (barrio) como el más importante para los niños y las niñas. Por otra parte, los activos internos identificados por las autoras en este estudio fueron: sentirse orgulloso, divertirse, identidad, ser activo físicamente, imaginación, desarrollo, compromiso y autoestima.

7. Barrios, capital social e infancia

La cita proveniente del ámbito de la Salud Pública, y cada vez más extendida: “tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético”, surge al ampliar la mirada de los enfoques reduccionistas centrados en “estilos de vida” a la complejidad e intersección de factores que podrían considerarse más bien “condiciones de vida” y cuya posibilidad de modificación no depende únicamente del individuo o comunidad que las sufre. Es importante realizar investigaciones contextualizadas en una comunidad en concreto para poder abordar la complejidad y la interrelación entre todos los factores que afectan a la salud de la infancia (Cofiño, 2013).

Las personas que viven en zonas privilegiadas socioeconómicamente tienen más y mejor salud que las que viven en zonas desfavorecidas. Esto ha sido relacionado con la disponibilidad de más recursos colectivos, tanto materiales como sociales. Además, son las personas con una posición más baja en la pendiente social las que más se benefician de estos recursos colectivos, que contribuyen, así, a disminuir las desigualdades sociales en salud (Stafford, 2005).

Las investigaciones señalan que la infancia está especialmente influenciada por el entorno en el que vive debido a que pasa más tiempo en él que las personas adultas y porque, en general, tienen menos recursos individuales, lo que aumenta su dependencia de los recursos locales (Eriksson et al., 2019).

Hay sólidas evidencias de que los efectos del vecindario en la salud y bienestar de la infancia son importantes y perduran a lo largo de toda su vida (CSDH, 2008; Minh et al., 2017).

Los efectos del barrio en la salud de las niñas y niños que residen en él se dan a través de: infraestructuras materiales (por ejemplo, zonas de juego seguras, colegios, centros de salud...) y funcionamiento social colectivo del barrio (por ejemplo, apoyo y relaciones dentro de la comunidad, normas, cultura, reputación del barrio y cohesión social) (Macintyre et al., 2002). Estos factores y recursos están englobados en los que, desde enfoques basados en activos, han sido considerados como activos externos (Search Institute, 2006; Whiting et al., 2013) e íntimamente ligados a los activos del "tener" descritos anteriormente (Pérez-Wilson et al, 2015).

El enfoque colectivo del capital social resulta útil para profundizar en la comprensión de la interrelación e interacción entre los factores materiales y sociales que afectan a la salud de la infancia en una comunidad local (Eriksson y Dahlblom, 2020). Desde este enfoque colectivo el capital social es considerado como las características de un barrio, u otra comunidad local en función de sus niveles de confianza, participación social y reciprocidad (Eriksson et al., 2019; Kawachi y Berkman., 2000; Szreter y Woolcock, 2004) y como los recursos a disposición de individuos y grupos que forman parte de la red social (Villalonga-Olives y Kawachi, 2015).

El mapeo de activos puede ayudar a analizar cómo funciona este capital social en las comunidades, para ello es necesario incorporar este concepto y la definición adecuada para cada contexto, distinguiendo entre capital social de vínculo (bonding) y capital social de puente (bridging) (Cubillo-Llanes et al., 2018).

Por último, diversos estudios con población adulta reportan diferencias entre subgrupos de población, sobre todo entre hombres y mujeres (Eriksson et al., 2019). Algunos hallazgos respecto a estas diferencias en función del género, reportadas en estudios previos y recopiladas por Eriksson et al. (2019) fueron que la salud autopercebida de las mujeres se asocia positivamente a la integración, confianza y tolerancia en el vecindario, no así la de los hombres (Stafford, 2005). En la misma línea, el alto capital social se asoció a una mayor salud autopercebida de las mujeres, pero no de los hombres en un estudio posterior en Suecia (Eriksson et al., 2011). En otra investigación, desarrollada en Australia, se evidenció que la seguridad en el barrio, considerada un aspecto del capital social, protegía la salud autopercebida de las mujeres, pero no la de los hombres (Kavanagh et al., 2006). A la luz de estos hallazgos, Eriksson et al. (2019) recomiendan prestar especial atención a la evaluación de las posibles diferencias de género en la influencia del capital social de un barrio en la infancia.

8. Perspectiva interseccional de género

Desde la salud pública y la salud colectiva hace mucho que se consideran los marcadores sociales de género, clase social, raza, etnia y territorio como referencias importantes a tener en cuenta, tanto desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, anteriormente explicada; como desde la socioantropológica de la salud-enfermedad (Borrel et al, 2004; Borrel et al. 2008; Couto et al, 2019; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Posteriormente se han ido incorporando otros factores sociales como orientación sexual y generación como marcadores en los estudios sobre desigualdades en salud (Couto et al, 2019).

La interseccionalidad surgió como un abordaje teórico-metodológico alternativo y transdisciplinar para analizar y comprender las dinámicas y la enorme complejidad de las interacciones de los marcadores sociales en los niveles individual, institucional y estructural.

Las raíces de la interseccionalidad podemos encontrarlas en las teorías del **feminismo multicéntrico** cuya noción de género incluye el punto de vista de las feministas afro-americanas que, desde los años 80, han alertado sobre el peligro de esencializar el género. Este esencialismo es un enfoque reduccionista que concibe el género como la única forma de subordinación, minimizando todos los demás factores de categorización, opresión y discriminación social. Las feministas afro-americanas afirman que las mujeres nunca son solo mujeres. La definición de una personalidad femenina “esencial” ignora las experiencias de las mujeres que nos son blancas, o las trata como si fueran una variación de la norma. El feminismo multicéntrico pretende incluir las perspectivas y experiencias de las feministas de diversas procedencias, culturas, estatus económico y social, etnia, etc., cuya localización en los márgenes les dota de perspectivas más críticas (Baca Zinn, 2003).

La interseccionalidad nace en los años 80, principalmente desde las feministas afroamericanas, inspiradas en las luchas de mujeres negras desde la época de la esclavitud, que cuestionaron a los movimientos feministas blancos y de clase media en Estados Unidos. La principal crítica de estas activistas era que el movimiento feminista se centraba en las luchas de “ciertas mujeres”, más visibilizadas que otras. Así, las

mujeres negras empiezan a expresar que no se han identificado con algunas de las demandas del feminismo y a tomar conciencia de que, además de ser mujeres, existían otros factores dentro de su existencia que provocaban diferentes desigualdades (Carbado et al., 2013; Ferrufino et al., 2019). Aunque este enfoque no es nuevo dentro del feminismo y existe un acuerdo al señalar que este problema fue abordado por las teorías feministas antes de darle un nombre (Viveros, 2016), una de las primeras en acuñar este término fue Kimberlé Crenshaw (1991), académica afro estadounidense; pero al desarrollo y visibilización de esta perspectiva contribuyeron diversas autoras entre las que cabe citar a Angela Davis (2004).

La perspectiva de la interseccionalidad ha crecido en el seno de diferentes disciplinas a través de un abordaje integrado, cuya base epistémica se basa en cuestionar y rebatir la jerarquización y compartimentación de los marcadores sociales (género, clase, raza, etnia, discapacidad y orientación sexual) (Bilge, 2010; Couto et al, 2019). Couto et al (2019) señalan que, además, la perspectiva de la interseccionalidad sirve para cuestionar fronteras disciplinares rígidas, porque propicia el debate en términos teóricos y metodológicos.

En Europa en general, y en el estado español en particular, no se considera el concepto de raza como eje de poder/opresión. El concepto de “raza” del siglo XVIII, carece de base científica. Solo existe una especie (*Homo Sapien Sapiens*), y la propuesta del Darwinismo Social de que según genotipo o fenotipo puedan darse diferentes capacidades para producir cultura es una falacia (Rodríguez-García et al., 2021). Así pues, la idea de raza es “una ficción biológica con una función social” (Hughey, 2017, p.27, citado en Rodríguez-García et al., 2021). Pero esta idea sustenta la racialización que “es el trato diferencial de un individuo o grupo basado en una categoría racial atribuida socialmente, sustentada en características visibles percibidas (como el color de piel, la vestimenta u otros aspectos de la apariencia), o en distinciones culturales (como el idioma o la religión), y las suposiciones que se hacen en torno a estas diferencias” (Rodríguez-García et al., 2021, p 31) y supone la justificación, legitimación y racionalización del racismo y a la distribución desigual sistemática de recursos y a la discriminación de las personas racializadas (Campos, 2012; Gross y Hughey, 2017, citados en Rodríguez-García et al., 2021). Rodríguez-García et al. (2021) mostraron en los hallazgos de su estudio, realizado

en Cataluña, que las experiencias de estigmatización y discriminación vividas por individuos mixtos y los descendientes de parejas endógamas que comparten los mismos marcadores estigmatizadores son muy similares, lo que, según los autores, demuestra la persistencia de la idea de raza y desafía la noción idealizada de un futuro de mestizaje sin racismo. Por otra parte, reportaron que otras dimensiones de la diversidad, como la religión (en este caso la musulmana) también son racializadas y se convierten en factores que provocan discriminación, estigmatización y opresión. Rodríguez-García et al. (2021) concluyen que las teorías liberales contemporáneas de la ciudadanía global, que usan un enfoque post-racial o “daltónico” (ciego al color) y un lenguaje eufemístico que evita nombrar la raza, contribuyen a perpetuar y normalizar el racismo, invisibilizándolo e imposibilitando la discusión sobre las diferencias generadoras de desigualdad, lo cual sigue favoreciendo a los grupos privilegiados. Así pues, mientras España considera que es una sociedad post-racial, post-colonial y con igualdad de trato, las desigualdades ligadas a la racialización persisten en todos los ámbitos de la estructura social. “El racismo y la racialización están tan profundamente arraigados en el orden social que estos procesos a menudo se pasan por alto” (Rodríguez-García et al., 2021, p. 48).

En el campo de la salud pública la interseccionalidad ha sido paulatinamente incorporada (Couto et al, 2019; Hankivsky y Christoffersen, 2008), constituyendo un paradigma de investigación que aborda la complejidad en la configuración y el mantenimiento de las desigualdades sociales en salud; que contribuye a superar la tendencia reduccionista, a menudo presente en el abordaje social en el campo de los determinantes de la salud. La aproximación a las teorías feministas de la interseccionalidad se da gracias al reconocimiento de que la ciencia no puede quedarse en la producción de un paradigma científico, sino que debe también producir un paradigma social: el de una vida decente. La incorporación de éste aporta a la salud pública y a la salud colectiva apoyo a las investigaciones y políticas de salud comprometidas con la justicia social (Couto et al, 2019; Santos, 2006).

Desde la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional se ha comenzado recientemente a tener en cuenta el paradigma de la interseccionalidad; reconociéndolo como un aporte necesario para visibilizar y pensar desde las particularidades que se producen a partir de

diversas categorías o marcadores, considerando que cada uno de ellos, por sí mismo, ha implicado discriminación y exclusión (Grandón, 2017). La incorporación de esta perspectiva permite analizar las experiencias sociales implicadas en las ocupaciones, atendiendo a los diversos sistemas opresores presentes en la vida diaria y que son generadores de vulnerabilidad y desigualdades y contribuye, junto a la otras perspectivas como la transaccionalista, a retomar la perspectiva holística con la que se fundó la Terapia Ocupacional, poniendo el foco en los diversos elementos entrelazados que producen la ocupación y superando perspectivas reduccionistas centradas en la ejecución y la individualidad (Ferrufino et al., 2019).

Desde el paradigma de la interseccionalidad las y los terapeutas ocupacionales se ven interpelados, como actores sociales y políticos, al ejercicio e investigación reflexiva y ética que tenga en cuenta el contexto social contemporáneo y contribuya a la promoción de cambios estructurales que permitan el acceso a ocupaciones dignas, significativas y que permitan la realización para todas las personas (Grandón, 2017), es decir, a comprometerse con la justicia ocupacional (Durocher et al., 2019) y social (Hocking, 2020).

Centrándonos en la infancia, el Comité de Derechos del Niño reconoce que “la discriminación por razón de sexo o de género se entrecruza con otros factores que afectan a las mujeres y a las niñas, en particular aquellas que pertenecen o se percibe que pertenecen a grupos desfavorecidos (4/29)” (Picontó, 2016). Cuando las desigualdades son estructurales, se recomienda adoptar una perspectiva interseccional para favorecer el acceso a los derechos de la infancia, en especial de las niñas, incluyendo diversos factores, más allá de la edad y el sexo y el género. Entre estos factores a tomar en consideración destacan los factores étnicos y los culturales (Picontó, 2016).

9. Cultura

Según la Unesco (2002), la cultura es un aspecto clave en la lucha contra la pobreza y constituye una fuente de identidad, creatividad e innovación.

Tomar en consideración la cultura está ligado al enfoque interseccional y resulta pertinente en el marco de este estudio, debido a que el respeto a la cultura y la identidad cultural han sido identificados como activos para la salud infanto-juvenil.

Para abordar este tema en su complejidad y evitar aculturación o asimilación de las minorías no dominantes se han propuesto varios conceptos importantes:

- **La competencia cultural:** es uno de los modelos más integrales para facilitar el encuentro entre profesionales e investigadores y las diferentes identidades culturales. Debido a que se orienta fundamentalmente hacia las transformaciones sociales, institucionales y profesionales a desarrollar para facilitar un encuentro intercultural constructivo y no centra su atención en los cambios que deben realizar los diferentes grupos culturales. Para el desarrollo de esta competencia es necesaria una visión dinámica, que evite concepciones rígidas y esencialistas de la cultura y permita valorar específicamente cada contexto social y cada historia de vida (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Kirmayer, 2012). La competencia intercultural posee una dimensión cognitiva, una dimensión afectiva y una dimensión instrumental (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019). E incluye cinco elementos clave: consciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentros culturales y deseo cultural (Campinha-Bacote, 2002).
- **La humildad cultural:** La humildad cultural es un proceso de aprendizaje, inquisitivo, autorreflexivo, crítico y continuo. Algunas autoras consideran que este continuo compromiso aprendizaje es lo que marca una diferencia, en grado, con respecto a la competencia cultural (Fahlberg et al., 2017). Foronda et al. (2016) afirman que la humildad cultural es un proceso de consciencia propia, apertura, ausencia de ego e incorporación de la autorreflexión y crítica después de la interacción con distintas personas en un mundo caracterizado por el desequilibrio de poderes.

El Pueblo Gitano constituye la principal minoría étnica en el Estado Español y es uno de los sectores más afectados por la exclusión y las desigualdades en salud, tanto en salud percibida, como en el acceso a los servicios y recursos de salud y en los estilos de vida (La Parra, et al. 2016). Esta desigualdad se relaciona con el impacto de los determinantes sociales de la salud, que genera barreras en el acceso a la educación, el empleo, la vivienda, la participación o los ingresos económicos (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Damonti y Arza, 2015). Los gitanos y las gitanas son el sector de la sociedad que más prácticas discriminatorias percibe en su vida cotidiana (Arza y Carrón, 2015). El 50% de las personas del Pueblo Gitano se ha sentido discriminado alguna vez, frente al 12,5% del conjunto de la población (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Damonti y Arza, 2015).

Arza-Porras y Rodríguez-Camacho (2019) identificaron dos modelos de los profesionales hacia la competencia intercultural con la población gitana: modelo de apertura, que implica la toma de conciencia sobre la importancia de la interculturalidad, cuestionamiento constante, proactividad, bidireccionalidad y alianzas con la comunidad gitana. El modelo de bloqueo, por su parte, se concibe como un discurso “ciego” denominado **“gitanopía”**, caracterizada por el sobredimensionamiento del factor cultural, que abusa del culturalismo (atribuyendo a la cultura y a supuestas herencias y costumbres ancestrales cualquier desajuste o dificultad) y definida como una lesión en la vista (como la miopía) que influye en que veamos a las personas gitanas de manera borrosa, de manera distorsionada, y que incluso en algunos casos no veamos a determinadas personas gitanas (que no cumplen con nuestros prejuicios), y a otras sí (a las que los cumplen de manera visible) (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019, p. 69).

En la TO la cultura está siendo incorporada en los abordajes teóricos y prácticos, recomendando la construcción de nociones más consensuadas de la disciplina que se basen en las narrativas y sean permeables y flexibles ante las diversas realidades e identidades culturales (Zango et al., 2012). Iwama y Simó (2008) ya señalaron que la TO no puede continuar desarrollándose de manera hegemónica en realidades culturales distintas y alertó de que la prevalencia de una perspectiva cultural sobre otras, aleccionando sobre la realidad, los valores, las prioridades, las decisiones; supone una

actitud colonial, que interfiere negativamente en los procesos de TO. También se advierte de la necesidad de incluir otras formas de teorizar, ejercer, participar y beneficiarse de la TO que sean culturalmente significativas (Zango et al., 2012). El respeto y la receptividad cultural puede ayudar a las y los terapeutas ocupacionales a contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los grupos no dominantes culturalmente. Para ello, la profesión necesita estar mejor preparada para descolonizar la TO. Una forma positiva y culturalmente segura de avanzar es involucrar a los miembros de la comunidad y compartir el liderazgo con las culturas no dominantes, para establecer relaciones recíprocas y de confianza que apoyen un profundo intercambio de conocimientos. Estas relaciones sientan las bases para construir capacidades culturales y procesos de descolonización en la TO (Rudman et al., 2021).

En el trabajo de Silva et al. (2021) la cultura emerge como ámbito fundamental en la intervención, militancia y cuidados en la disciplina de TO. Siendo las y los profesionales de esta disciplina agentes clave para la promoción de las diferentes dimensiones de la cultura -simbólica, económica y ciudadana- que están implicadas en las ocupaciones; de la pertenencia, de la diversidad y de los derechos sociales y humanos.

Tomar en consideración la cultura en su sentido amplio e interconectado, lo que estaría en línea con la perspectiva interseccional (Ferrufino et al., 2019), abre la posibilidad de interconectar diversas áreas y campos de investigación y, por encima de esto, permite experimentar prácticas sensibles e innovadoras en la formación e intervención, que sean mucho más adaptadas a las realidades y los contextos sociales (Silva et al., 2021).

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se pone en evidencia la necesidad de investigar sobre los activos para la salud de la infancia, tomando en consideración la percepción de las propias niñas y niños, además de sus familias y las personas expertas que trabajan en contacto con la infancia. Además, de la introducción el marco teórico de esta tesis destaca la importancia de contextualizar los estudios en una comunidad concreta.

Este trabajo de investigación se enmarca en la línea de buscar evidencias sobre los activos para la salud de la infancia que es, como ha quedado justificado en apartados anteriores, una etapa crucial para la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida. La información sobre aquello que los niños y niñas, familias y profesionales de la educación formal, la educación no formal, los servicios sanitarios y los servicios sociales, consideran que promueve la salud y el bienestar es importante para diseñar intervenciones, programas, recursos y estrategias dirigidas a esta franja de edad. Esta información puede contribuir, también, a posibilitar barrios más habitables que fomenten la salud y el bienestar de quienes viven en ellos y a reducir las desigualdades sociales en salud.

Se pretende, además, contribuir a la operativización del modelo basado en activos, partiendo de la base de que muchos de los activos fundamentales para promover, crear y/o mantener la salud se encuentran en el contexto social y comunitario y tienen que ver con las relaciones e interdependencia entre las personas y grupos.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales, entendemos que el acceso a la salud y el bienestar, y también a los activos, está determinado por factores estructurales, socio-económicos y contextuales, entre los que el género y los mandatos y roles asociados al mismo, tienen una gran relevancia. La perspectiva interseccional de género nos orienta a examinar estos factores, atendiendo a su interrelación y complejidad y a tratar de superar reduccionismos y jerarquizaciones rígidas en este análisis, realizando un ejercicio de humildad cultural que permita evitar sesgos en la interpretación de nuestros hallazgos.

Por último, consideramos necesario profundizar en la conexión y aportes mutuos entre Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación y los enfoques basados en activos y con este trabajo se pretende contribuir en este sentido.

Así pues, las preguntas que nos planteamos al comenzar esta tesis son:

- ¿Cuáles son los activos para la salud de la infancia?
- ¿Qué factores estructurales, socio-económicos y contextuales pueden estar relacionados con la identificación y el acceso a los activos? ¿Es el género uno de los factores clave?
- ¿Cómo pueden la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional relacionarse, nutrir y nutrirse del Modelo de Activos?
- ¿Qué propuestas contextualizadas pueden hacerse para favorecer la salud y el bienestar de la infancia?

Contexto

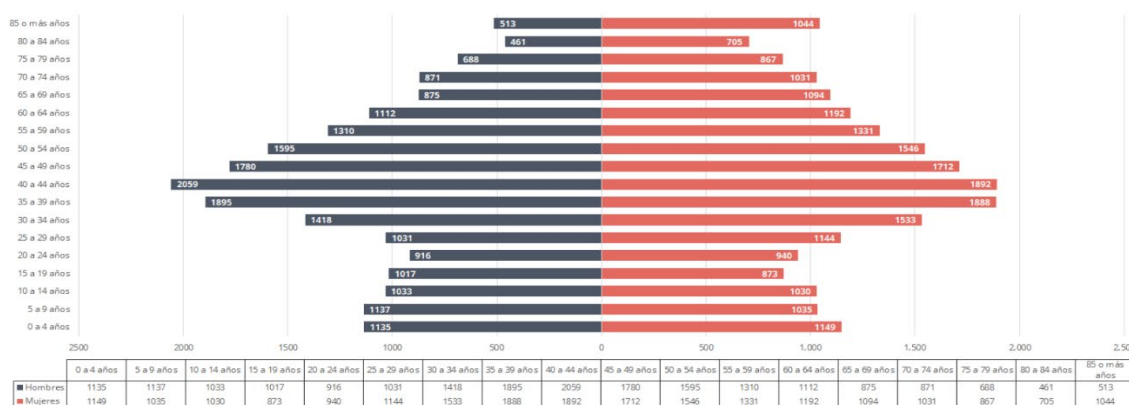
Teniendo en cuenta la importancia de lo contextual y de los entornos más próximos (barrios en el caso de las ciudades) en la salud y bienestar de la infancia, esta investigación se desarrolla en el **barrio de Torrero-La Paz**, barrio obrero donde conviven familias de niveles socioeconómicos, culturas y orígenes muy heterogéneos. Con una superficie de 111.876.200 m², el barrio puede dividirse en dos zonas:

1. **Torrero**: que se convirtió en un barrio de acogida de inmigrantes, sobre todo del campo aragonés, durante el desarrollismo franquista (1959-1975). Siendo zona de residencia de los trabajadores de la construcción del Canal Imperial. En treinta años pasó de 1.200 a 12.000 viviendas (Asociación Vecinal Montes de Torrero Venecia, 2022). Esta zona también fue espacio de recreo de la clase burguesa, que acudía al canal a realizar paseos en góndola, emulando los paseos en Venecia.
2. **La Paz**: nació a mitad de los años cuarenta. Entre sus primeros habitantes había muchos andaluces. El nombre del barrio se debe al padre Emilio Pérez Vidal, sacerdote que cedió varios terrenos en los que se construyeron casetas, que se dividían en parcelas. Desde los años cincuenta y hasta 1978 más de cien familias

gitanas poblaron la zona del barrio conocida como “La Quinta Julieta”, al norte del barrio junto al Canal (Asociación Vecinal Montes de Torrero-Venecia, 2022).

A continuación, se presentan algunos datos referentes a las características sociodemográficas del barrio de Torrero-La Paz, extraídos del Padrón municipal a fecha de enero de 2021 (Oficina de Organización y Servicios Generales y Observatorio Municipal de Estadística, 2021). Estos datos deben ser manejados con prudencia, debido a que, a menudo, el padrón no refleja la realidad sociodemográfica actualizada.

- La población total es de 42.852 habitantes y la densidad 383 hab/km². En el **gráfico 1** podemos observar la distribución por edades y sexos:



Población por Sexo

Gráfico 1: Distribución por edades y sexos de la población del barrio de Torrero-La Paz. Extraído de Oficina de Organización y Servicios Generales y Observatorio Municipal de Estadística (2021).

- La población migrante residente en Torrero-La Paz constituye el 16% del total (6.839 personas), de las cuales 3.479 (51%) son mujeres y 3.360 (49%) son hombres. La procedencia por continentes se distribuye de la siguiente manera: Europa: 3.253(50,39%), América:1.942(30,08%), África: 1259(19,5%), Asia: 384 (5,95%) y apátridas: 1. Por países de origen encontramos los siguientes datos: Rumanía: 2.689 (41,66%), Nicaragua: 522 (8,09%), Marruecos: 511 (7,92%), Colombia:328 (5,08%), China: 276(4,27%) y el resto: 2.513.

- En cuanto al nivel de estudios, el mayor porcentaje de personas sin estudios se da en las personas de entre 25 y 29 años (ver **gráfico 2**). Hay más mujeres que hombres sin estudios, pero también hay mayor porcentaje de mujeres que hombres con estudios universitarios y con postgrados y doctorados, como puede observarse en el **gráfico 3**.

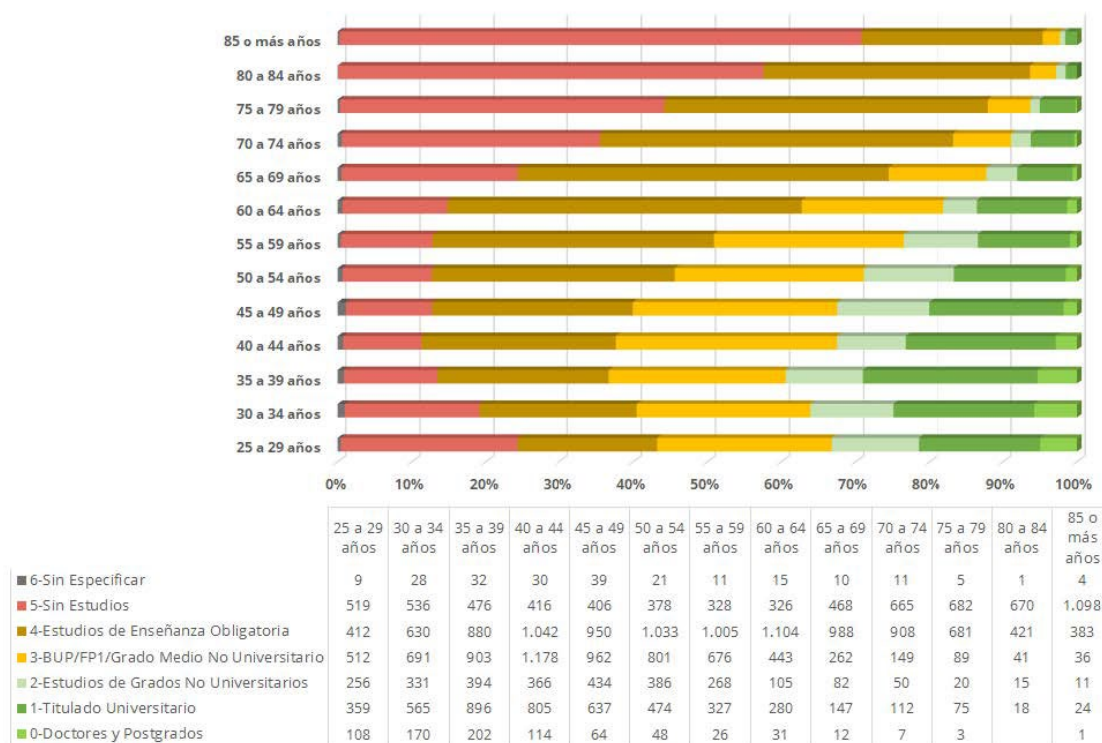


Gráfico 2. Nivel de estudios Torrero-La Paz por edades. Extraído de Oficina de Organización y Servicios Generales y Observatorio Municipal de Estadística (2021).

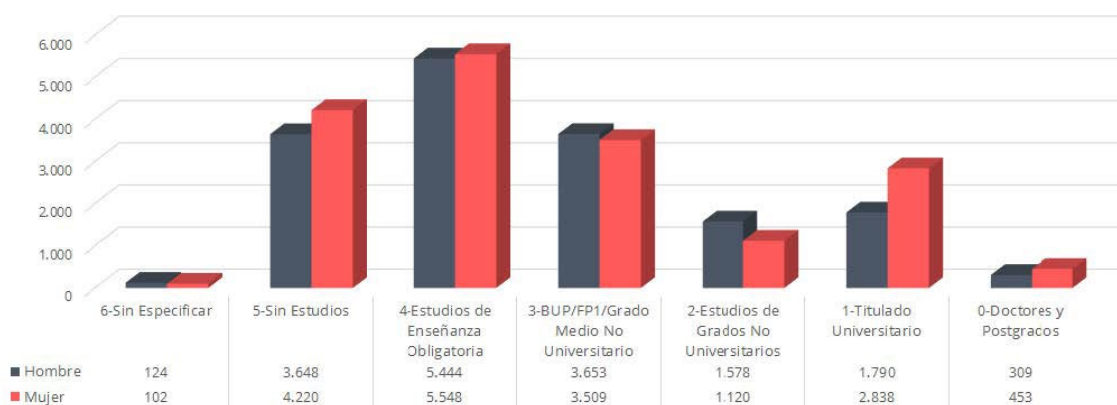


Gráfico 3. Nivel de estudios Torrero-La Paz por edades. Extraído de Oficina de Organización y Servicios Generales y Observatorio Municipal de Estadística (2021).

Índice de infancia: 15%. “Es la relación entre la población que todavía no accede al mercado laboral por ser menores de 15 años respecto a la población total de la junta. Se calcula dividiendo la población menor de 15 años entre la población total multiplicando el resultado por cien” (Oficina de Organización y Servicios Generales & Observatorio Municipal de Estadística, 2021, p. 5)

Torrero no dispone todavía de un Plan Integral de actuación como los puestos en marcha en otros barrios con características similares como Oliver y Casco Histórico.

Además, Torrero-La Paz es, junto con el Casco Histórico y Oliver, uno de los barrios donde se concentra principalmente la población gitana que reside en Zaragoza. No ha sido posible recuperar cifras concretas actualizadas de las personas de etnia gitana que viven en el barrio, debido a que no existen censos específicos de esta población, ya que fueron prohibidos por haber sido utilizados históricamente para realizar actuaciones discriminatorias y represivas contra el Pueblo Gitano (Motos, I. 2009). Se estima que las personas de etnia gitana en España suponen alrededor de 2% de la población. En Aragón la población gitana, según informes de los Servicios Sociales, era en 2017 aproximadamente 13.900 personas, 25.000 según la Estrategia Nacional, entre un 1,3% y un 3,3% del total de la población aragonesa (FSG, 2022).

El barrio tiene una gran tradición luchadora y reivindicativa y es conocido en la ciudad como uno de los de mayor impulso popular, teniendo en cuenta lo relativo de su tamaño (Asociación Vecinal Montes de Torrero-Venecia, 2019). Numerosas asociaciones, movimientos sociales, iniciativas y proyectos colectivos se desarrollan en el barrio. Entre ellas podemos citar: Asociaciones Vecinales (Montes de Torrero-Venecia y La Paz), Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón, Asociación Cultural “El Cantero”, CSO “Kike Mur”, Asociación de Intervención Socioeducativa “EL Trébol”, Asociación de Familias del CEIP “Domingo Miral”, Asociación de Madres y Padres del CEIP “Ramón Sainz de Varanda”, Grupo Scout Entaban, Asociación de Madres Solas (AMASOL), Comunidad Musulmana Aragonesa, Mujeres Nicas con estilo, Asociación de Dounny (Mali) residente en Aragón, (Asociación Vecinal Montes de Torrero Venecia, 2022; Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón, 2022; Asociación El Cantero, 2022;

Vecinos La Paz, 2022; CSO KikeMur, 2022; AFA del CEIP Domingo Miral, 2022; AMPA CEIP Sainz de Varanda, 2022; El Trébol, 2022; Entaban Grupo Scout, 2022, Ayuntamiento de Zaragoza, 2022). En el contexto de nuestra investigación también nos parece importante nombrar el proyecto europeo “STARS” (Sustainable Travel Accreditation and Recognition for Schools) en el que el alumnado y la comunidad educativa en general de varios centros públicos de educación infantil y primaria del barrio tienen una participación significativa (Proyecto Stars Zaragoza y AFA CPEIP Domingo Miral, 2022; Proyecto Stars, 2022).

En cuanto a los recursos educativos, sociales y sanitarios relacionados con la infancia, Torrero-La Paz cuenta con: tres colegios públicos, cinco concertados y uno de educación especial, dos centros de tiempo libre, una casa de juventud, un centro municipal de servicios sociales con una unidad de infancia y educación de calle y dos centros sanitarios (Educaragon, 2022; Sector Zaragoza II, 2022; Ayuntamiento de Zaragoza, 2022).

El barrio cuenta también con dos instalaciones deportivas municipales, varias pistas y canchas de fútbol y baloncesto repartidas en los parques y calles, el club Voleibol Torrero, campos de entrenamiento y práctica del fútbol de dos equipos (Giner y Montecarlo) y un centro deportivo privado (Ayuntamiento de Zaragoza, 2022).

Hoy en día, el barrio constituye uno de los pulmones verdes del casco urbano de Zaragoza, pues cuenta con una de las mayores masas forestales: los Pinares de Venecia. Además, por él pasa el canal Imperial de Aragón, con los espacios verdes de sus riberas, tiene tres pequeños parques y está situado muy cerca del Parque “José Antonio Labordeta”, conocido popularmente como “parque grande”. Torrero-La Paz es uno de los distritos de la ciudad mejor comunicados por transporte urbano.

Actualmente, en el barrio se observa la degradación urbanística de algunas zonas, con calles estrechas y mal iluminadas y viviendas pequeñas, con problemas de aislamiento y sin ascensor (Bambó y Monclús, 2020, Red de Apoyo de Torrero, 2020).

Así, la elección del barrio de Torrero-La Paz para la realización de este trabajo se justifica por su gran heterogeneidad cultural, social y económica y por ser un contexto en el que residen familias expuestas a una gran vulnerabilidad socio-económica. Las fortalezas

que podemos resaltar son su tradición reivindicativa y de participación ciudadana y sus redes comunitarias, lo que facilitó la realización de esta investigación.

Las personas participantes se describen en el apartado de Metodología y en cada uno de los artículos que detallan las fases de esta investigación, pero en este apartado dedicado al barrio, nos parece pertinente señalar que para contactar con la infancia y familias participantes se seleccionaron dos recursos educativos del barrio:

- El Colegio Público de Educación Infantil y Primaria (CPEIP) “Ramón Sainz de Varanda”, elegido por ser el colegio público y gratuito más grande del barrio y por formar parte de la red de escuelas promotoras de la salud de la región. El total de alumnado de infantil y primaria, matriculado durante el curso en que comenzó esta investigación, era de 556.
- La Asociación de Intervención Social con infancia y familias (AIS) “El Trébol”, que atiende a población socialmente vulnerable a través de la educación social y el tiempo libre; seleccionado para garantizar la participación de la infancia en situación de vulneración o desventaja social, ya que se trata de un entorno lúdico, no académico y sentido como espacio propio por estas niñas y niños.

En el caso de las personas expertas, se contactó con todos los recursos e iniciativas educativas, sanitarias y sociales que desempeñan su labor con infancia o familias del barrio, haciendo especial hincapié en garantizar la participación de aquellos profesionales que trabajan con infancia en situación de vulneración social y/o económica, entre los que cabe nombrar a la FAGA, integrada por personas del Pueblo Gitano que desarrollan intervenciones con esa minoría étnica tan presente en el barrio.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

1. Hipótesis

Existen pocas investigaciones sobre activos para la salud de la infancia que incorporen la influencia del capital social y el eje de desigualdad u opresión de género, interactuando de manera compleja junto a otros ejes.

Del mismo modo son escasos los estudios que incorporen la perspectiva y propuestas de la propia infancia.

Las hipótesis que se plantean en este proyecto de investigación son las siguientes:

- Es posible identificar los activos para la salud de la infancia, según su propia percepción y las opiniones de familias y profesionales de los diferentes sectores.
- Los roles de género determinan las capacidades, fortalezas, recursos y factores protectores de la salud que reconocen niñas y niños, familias y profesionales.
- Hay otros factores estructurales, socio-económicos, culturales y contextuales que actúan como ejes de desigualdad en la identificación y acceso a los activos para la salud de la infancia.
- En la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional existen conceptos y teorías que pueden fomentar la comprensión de los enfoques basados en activos desde un punto de vista ocupacional.
- La incorporación del enfoque basado en activos a la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional puede contribuir al análisis de la ocupación como generadora de salud y bienestar
- La infancia y las personas que desempeñan su labor profesional con ella pueden aportar propuestas contextualizadas en una comunidad concreta para fortalecer los activos para la salud de la infancia

2. Objetivos:

Los objetivos generales de esta tesis doctoral son:

1. Describir el estado de la cuestión sobre los activos para la salud de la infancia.
2. Identificar las fortalezas, recursos y factores protectores de la salud de la infancia, contextualizados en una comunidad concreta.
3. Identificar y analizar la relación entre el rol de género y otras variables sociales y económicas en el reconocimiento, acceso y fortalecimiento de los activos para la salud de la infancia
4. Establecer relaciones entre el Modelo de Activos y los paradigmas de la Terapia Ocupacional y/o de las Ciencias de la Ocupación y determinar qué conceptos de esta disciplina son asimilables y aplicables a los activos y qué sinergias pueden establecerse entre la Terapia Ocupacional y el Modelo de Activos.
5. Recopilar estrategias y prácticas que pueda fomentar y sostener la comunidad para potenciar los activos y favorecer la salud y bienestar de la infancia de Torrero-La Paz.

Estos objetivos generales se han concretado en otros específicos:

Actualización sobre el estado de la cuestión de los activos para la salud de la infancia

Objetivo:

- Revisar la literatura sobre activos para la salud de la infancia.
- Establecer el Marco teórico para diseñar las fases de la investigación.
- Sentar las bases para el establecimiento de relaciones entre el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional.

FASE 1- Identificación de activos para la salud de la infancia (6-10 años) y familias.

Objetivo:

- Proporcionar evidencia empírica específica de un contexto con respecto a la percepción de los niños y las familias sobre los activos para la salud de la infancia de un barrio obrero de Zaragoza, haciendo hincapié en su dimensión ocupacional.

FASE 2. Profundización en activos de la infancia (11-13 años): análisis y propuestas

Objetivos:

- Profundizar en la identificación de activos para la salud percibidos por un grupo de niñas y niños de 11-13 años
- Analizar la relación entre el rol de género y otras variables sociales y económicas en el reconocimiento, acceso y fortalecimiento de estos activos
- Recoger sus propuestas para fomentar su salud y bienestar en su comunidad.
- Profundizar en la relación entre el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional

FASE 3. Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas

Objetivo: Describir la perspectiva de personas expertas de una comunidad local respecto

a:

- Identificación y acceso a los activos para la salud de la infancia.
- Propuestas para fomentar la salud y bienestar de la infancia en esta comunidad.

METODOLOGÍA

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA). Obtenido dictamen favorable C.P.-C.I. PI 19/153 (10/04/2019) (**VER ANEXO I**).

La investigación se llevó a cabo en el barrio de Torrero-La Paz de Zaragoza.

La participación de la comunidad y la contribución a la mejora de la salud de la infancia fueron los pilares fundamentales de este estudio. Se trató de obtener resultados útiles para fomentar los activos para la salud de la infancia del barrio, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar, desde un enfoque de Investigación Acción Participativa, donde los resultados obtenidos y las propuestas de las personas participantes eran tenidos en cuenta en el diseño y desarrollo de las siguientes fases de la investigación. Así, en primer lugar, se prestó especial atención a la percepción de la infancia del barrio (entre 6 y 13 años), que fue complementada y puesta en relación con la visión de familias y profesionales. La investigación se desarrolló en 3 fases:

FASE 1. Identificación de activos para la salud de la infancia (6-10 años) y familias.

En el apartado **Resultados** se aporta una descripción más exhaustiva del diseño, procedimiento, participantes y análisis de los datos a modo de artículo: **Artículo I:** Vidal-Sánchez MI, Laborda-Soriano AA, Cambra-Aliaga A, Sanz-Valer, P y Gasch-Gallén A. Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families' Perception. OTJR: Occup Particip Health. 2021;41(3):185-195. <https://doi.org/10.1177/15394492211011188>:

FASE 2. Profundización en los activos de la infancia (11-13 años): análisis y propuestas

En el apartado **Resultados** se aporta una descripción más exhaustiva del diseño, procedimiento, participantes y análisis de los datos a modo de artículo, redactado para su publicación: **Artículo II:** Vidal-Sánchez MI, March, S y Gasch-Gallén A. Identificación de activos para la salud a través de metodología photovoice en un colegio de Zaragoza: la percepción de la infancia.

FASE 3. Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas.

En el apartado **Resultados** se aporta una descripción más exhaustiva del diseño, procedimiento, participantes y análisis de los datos a modo de artículo, redactado para su publicación: **Artículo III:** Vidal-Sánchez MI y Gasch-Gallén A. Perspectivas profesionales ante los activos para la salud de la infancia en un barrio: Un estudio Delphi.

Diseño y procedimiento

Para realizar este estudio, que se enmarca en la Investigación-Acción participativa, se utilizan diferentes tipos de metodologías: revisión bibliográfica y metodología mixta (cualitativa y cuantitativa).

En base al primer objetivo, para **describir el estado de la cuestión sobre los activos** para la salud de la infancia, en primer lugar, se realizó una revisión de la literatura. La búsqueda se realizó a través del metabuscador desarrollado por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS <https://bvsalud.isciii.es/>) Las palabras clave utilizadas fueron: health assets, gender, social determinants of health, community participation, child, social capital approach, occupational therapy, occupational science.

Más adelante, se amplió la información buscando en recursos y publicaciones propias de Terapia Ocupacional y de Ciencia Ocupacional, para sentar las bases del cuarto objetivo: “Establecer relaciones entre el Modelo de Activos y los paradigmas de la Terapia Ocupacional y/o de las Ciencias de la Ocupación y determinar qué conceptos de esta disciplina son asimilables y aplicables a los activos y qué sinergias pueden establecerse entre la Terapia Ocupacional y el Modelo de Activos”.

En cuanto a los objetivos 2, 3 y 5 (2. Identificar las fortalezas, recursos y factores protectores de la salud de la infancia, contextualizados en una comunidad concreta, atendiendo especialmente al capital social; 3. Identificar y analizar la relación entre el rol de género y otras variables sociales y económicas en el reconocimiento, acceso y fortalecimiento de los activos para la salud de la infancia y 5. Recopilar estrategias y prácticas que pueda fomentar y sostener la comunidad para potenciar los activos y favorecer la salud y bienestar de la infancia de Torrero-La Paz) se priorizó el punto de vista de la infancia, que fue complementado con el de las familias y las y los profesionales de diversos ámbitos.

En la **Fase 1** se obtuvo información sobre la percepción de sus activos para la salud de la infancia del barrio y sus familias. En la **Fase 2** un grupo de niñas y niños, que ya habían participado en la fase 2, y eran ahora más mayores, profundizó en la percepción, análisis y acceso a sus activos en el barrio, aportando propuestas de mejora. Por último, en la **Fase 3**, profesionales con una larga trayectoria en el trabajo con infancia y/o familias del barrio aportaron su visión, como personas expertas, de los activos para la salud de la infancia, el acceso a los mismos y las propuestas de mejora.

Para alcanzar estos objetivos se desarrollaron las siguientes actividades y técnicas:

FASE 1. Identificación de activos de la infancia (6-10 años) y familias.

El diseño de la investigación fue de metodología mixta e incluyó: a) actividades grupales e individuales con infancia de 6 a 10 años y b) estudio descriptivo con análisis bivariado a través de un cuestionario dirigido a las familias.

- Actividades grupales e individuales en el aula con infancia de 6 a 10 años: adaptadas a cada edad y desarrolladas en grupos de 20-27 personas. Todas estas actividades tuvieron un componente lúdico para favorecer la participación y protagonismo de la infancia participante y se utilizaron técnicas adaptadas a la edad (con la colaboración de profesionales con dilatada experiencia en la intervención con infancia: 1 psicóloga infantil, 2 terapeutas ocupacionales, 2 maestras de educación primaria): lluvia de ideas, grupos focales, grupos de discusión, autorretratos comentados por sus autoras y autores. Estas actividades se desarrollaron en dos sesiones: *Sesión 1: “¿Qué es la salud? ¿Qué me hace sentir bien?”* que permitió recoger el concepto de salud de la infancia participante e introducir el trabajo en el ámbito de la salud positiva y holística, el bienestar y los activos para la salud. Las aportaciones de las personas participantes se recogieron con una grabadora y con fotos de las ideas que se apuntaban en la pizarra durante la lluvia de ideas. Además, la observadora del equipo investigador tomó notas durante la actividad. *Sesión 2: “Soy yo estando bien”.* Cada participante realizó individualmente un autorretrato de él/ella estando bien. Se recogieron los siguientes datos del autor/a de cada dibujo: sexo, edad, etnia

y centro. También se registraron por escrito comentarios, explicaciones y aclaraciones que cada participante acerca de su dibujo.

- **Cuestionario para familias:** El cuestionario para familias fue diseñado para la investigación, basándonos en la bibliografía especializada del modelo de Activos (Botello et al. 2013; Cofiño et al., 2016; Hernan et al., 2013; Morgan, 2010). Incluye variables sociodemográficas y: 1) pregunta sobre si el barrio era un buen lugar para los niños y por qué; 2) formulario “lo mejor del barrio para la infancia” 3) formulario “determinantes de crecimiento sano y feliz” con una escala tipo Likert (desde 0= nada importante hasta 4= importantísimo/ fundamental) **(Ver Anexo II)**

Los cuestionarios dirigidos a las familias fueron enviados a éstas a través de la infancia participante y de los profesionales educativos y fueron cumplimentados por escrito de manera voluntaria.

Para guiar la codificación y el análisis temático usamos la metodología de Clarke y Braun (2013).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de los cuestionarios para familias y un estudio de asociación en el que se aplicaron el test X2 y exacto de Fisher en función del tamaño de los grupos a estudiar, exigiendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Para el cuestionario de “determinantes de crecimiento sano y feliz”, se obtuvo el alfa de Cronbach de la escala tipo Likert del conjunto de las preguntas, obteniendo una fiabilidad adecuada: 0,891.

Se utilizó IBM SPSS Statistics (Version 26; IBM Corp., Armonk, NY)

FASE 2. Profundización en activos de la infancia (11-13): análisis y propuestas

En esta fase se profundizó acerca de la visión de la infancia del barrio sobre sus activos, contando con la participación de niñas y niños que habían participado en la fase 1 y eran ahora más mayores (11-13 años). Para ello se diseñó un estudio, en el marco de la Investigación-Acción-Participativa, que combinó la metodología photovoice con dinámicas grupales y un cuestionario. En el diseño y desarrollo de las sesiones colaboraron una fotógrafa; dos terapeutas ocupacionales, especializadas en infancia y

perspectiva de género, y cuatro alumnas del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de Zaragoza.

Esta fase se realizó, a su vez, en dos subfases: en la primera (curso 2019-2020) se realizó el photovoice y en la segunda (curso 2020-2021) se completó pasando un cuestionario, diseñado ad hoc para esta investigación, y debatiendo los resultados.

- Photovoice: Metodología en la que las personas participantes realizan fotografías sobre una temática dirigida que sirven posteriormente para iniciar un debate y recoger un discurso. La selección de esta herramienta, identificada como adecuada para el mapeo de activos, se realizó en base a la literatura que avala su uso en las edades de las personas participantes y la considera una buena manera de involucrarlas en la mejora de la salud y el bienestar de su comunidad.
- Cuestionario individual para infancia de 11-13 años (**ver Anexo III**) diseñado ad hoc para esta investigación, basándonos en la bibliografía especializada y en los resultados de la Fase 1 de esta investigación. En el cuestionario se combinaron preguntas abiertas y cerradas, se recogía si se identificaban como chico, chica u otro; se pedía que ordenaran, por importancia para su salud y bienestar, diversos aspectos y que aportaran otros que considerasen cruciales para estar bien; se preguntaba, con una escala tipo Likert, sobre la influencia de diversos factores, vinculados a la justicia social y a la justicia ocupacional (pobreza, racismo, machismo, problemas con la familia, acceso a actividades necesarias y/o deseadas), en el acceso a la salud y el bienestar y sobre la importancia de varios ítems para hacer que una actividad produzca bienestar; se les preguntaba si se tenía en cuenta a la infancia de su edad como interlocutora válida y si consideraban que podían aportar buenas ideas y, por último, se les pedía que escribieran ideas y propuestas de mejora en relación a varios aspectos (mejora de la convivencia, igualdad de oportunidades, acceso a ocupaciones significativas, seguridad, lugares agradables, otras sugerencias,...)

Las actividades se estructuraron en 5 sesiones: En la *Sesión 1* se realizó la presentación del estudio y la entrega de consentimientos. En la *Sesión 2* se entregó una cámara desechable por cada dos participantes con la instrucción de fotografiar “lo que me hace sentir bien: en el barrio, en casa, en el cole”, la fotógrafa introdujo nociones básicas de fotografía analógica, que se complementaron con normas básicas para observar la ética y la privacidad. En la *Sesión 3* se facilitaron las fotos reveladas en papel pidiendo a cada pareja que seleccionaran 5 que representaran mejor lo que les hacía sentir bien y que les pusieran título. Después se trabajó en pequeños grupos (6-8 personas) con una dinamizadora/observadora acompañando el proceso de reflexión, guiado por una adaptación de las 4 primeras preguntas del cuestionario SHOWED (Hergenrather, 2009; Wang, 1997), tras esto se realizó una puesta en común y debate de toda la clase que fue audiograbado. Las *Sesiones 4 y 5* estaban en relación con las preguntas 5 y 6 del cuestionario SHOWED y tenían un triple objetivo: 1) agradecer y reconocer a la infancia participante sus aportaciones, favoreciendo su empoderamiento; 2) profundizar en sus opiniones acerca de algunos temas emergentes y 3) recoger sus propuestas de acción para fomentar los activos para su bienestar en el barrio. Se administró el cuestionario individual y, finalmente, se debatió sobre lo trabajado en el cuestionario, con especial hincapié en la pregunta ¿Qué se puede hacer para que el barrio sea mejor para niños y niñas?

FASE 3. Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas.

En esta fase, para recoger el punto de vista de profesionales que trabajan con infancia y familias del barrio se realizó un Panel de personas expertas: Se utilizaron las técnicas de informantes clave, entrevistas en profundidad y Delphi. La población de estudio se obtuvo a partir de una muestra de conveniencia en la que se participaron 25 personas por su condición de especialistas en infancia de Torrero-La Paz, la muestra estaba compuesta por profesionales de la educación formal y no formal, el ámbito social y el ámbito sanitario con experiencia en el trabajo con infancia y familias del barrio. La técnica Delphi fue seleccionada porque proporciona un enfoque flexible para recoger las opiniones de las personas expertas sobre un tema de interés. El anonimato de las

respuestas entre los participantes permite fomentar la honestidad en las mismas, evitando el efecto “halo” que pueden tener las personas dominantes o de alto perfil en el grupo si se usan otras técnicas como grupos de discusión o focales, otra ventaja del Delphi, respecto a otras metodologías es que da la posibilidad de reconsiderar las respuestas a la luz de lo aportado por otras personas expertas favoreciendo en mayor medida la reflexión (Winkler et al., 2016).

Para identificar a informantes clave para su participación en el panel de personas expertas se siguieron los siguientes pasos:

- Identificación de recursos, servicios y profesionales que trabajan con infancia
- Identificación de recursos conocidos y utilizados por la infancia del barrio y sus familias
- Contacto telefónico y entrevistas presenciales con agentes clave de la comunidad
- Recopilación de contactos de posibles informantes clave

A partir de estos datos, a través de un muestreo por conveniencia, se preseleccionó a un grupo de informantes clave elevado en previsión de las posibles pérdidas durante el estudio, contactando con **40 profesionales** de la educación formal y no formal, sanidad y servicios sociales que debían cumplir el siguiente criterio de inclusión: ***Tener una experiencia mínima de un año y medio en el trabajo directo con infancia y familias del barrio.***

Finalmente, las personas expertas participantes fueron **25**. (Ver en Resultados el artículo: ***“Perspectivas profesionales ante los activos para la salud de la infancia en un barrio: Un estudio Delphi”***)

Entrevistas en profundidad: se diseñó una entrevista semiestructurada, que fue administrada a tres profesionales de los ámbitos de intervención con infancia y familias identificados en el barrio (sanitario, social y educativo) y sirvió como una de las bases para la elaboración del cuestionario Delphi. El guion de la entrevista incluyó: edad, sexo, profesión, vinculación con el barrio, años de experiencia en esta comunidad e interés en el tema; Preguntas abiertas sobre el concepto de salud, el estado de salud de la infancia del barrio, recursos, factores y características del barrio que propician la salud de la

infancia y lo que falta, opinión sobre en qué medida algunos recursos y factores, dados por la entrevistadora, favorecen la salud de la infancia y propuestas de acción para mejorar la salud de la infancia del barrio, priorización de las mismas y agentes y redes necesarios para llevarlas a cabo (**Ver Anexo IV**). Se realizaron 3 entrevistas, de aproximadamente una hora y quince minutos de duración, durante el año 2020.

Cuestionario Delphi: Diseñado ad hoc para esta investigación basándonos en la bibliografía especializada (Cofiño et al., 2016; Pérez-Wilson et al., 2015; Van Bortel et al., 2019, Vidal-Sánchez et al., 2021; Whiting et al., 2013), los resultados de las entrevistas en profundidad y los resultados de las Fases 1 y 2 de esta investigación.

El estudio Delphi fue administrado en dos rondas a través de la herramienta Web Formularios de Google de la universidad de Zaragoza.

En la **primera ronda** el cuestionario incluyó: datos socio-demográficos de las personas participantes (sexo, ámbito de intervención, profesión, años de experiencia en el barrio, población/es con la/s que desempeñó su labor en los últimos 5 años y si reside en el barrio) y 60 ítems sobre activos, acceso a los mismos y a la salud y bienestar de la infancia (barreras y facilitadores), incluyendo un apartado específico sobre ocupaciones, y propuestas de mejora (**Ver Anexo V**).

La **segunda ronda** se realizó con el objetivo de alcanzar el consenso entre participantes. Este cuestionario constó de 12 ítems (**Ver Anexo VI**).

La información se remitió a través de correo electrónico y se puso a disposición de las personas participantes un teléfono de consulta y un correo electrónico del equipo de investigación para cualquier requerimiento.

Participantes

FASE 1. Identificación de activos de la infancia (6-10 años) y familias.

130 (60 niñas y 70 niños) de 6 a 10 años vinculadas a dos recursos educativos de la comunidad (Torrero-La Paz): Colegio público de educación infantil y primaria (CPEIP) y una Asociación de Intervención Social con infancia y familias (AIS), que atiende a población socialmente vulnerable a través de la educación social y el tiempo libre.

58 familiares de la infancia asistente a los recursos anteriormente citados.

FASE 2. Profundización en activos de la infancia (11-13): análisis y propuestas

Alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria (11-13 años) durante los cursos 2019-2020 y 2020-2021 respectivamente, en un colegio público del barrio De Torrero-La Paz. Participaron un total de 58 (26 niñas y 32 niños).

FASE 3. Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas.

25 profesionales (17 mujeres y 9 hombres) seleccionados como informantes clave por su experiencia en el trabajo con infancia y/o familias del barrio de Torrero-La Paz en los ámbitos educativo, social y sanitario.

Análisis de la información

FASE 1. Identificación de activos de la infancia (6-10 años) y familias.

Para guiar la codificación y el análisis temático usamos la metodología de Clarke y Braun (2013).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de los cuestionarios para familias y un estudio de asociación en el que se aplicaron el test X2 y exacto de Fisher en función del tamaño de los grupos a estudiar, exigiendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Para el cuestionario de “determinantes de crecimiento sano y feliz”, se obtuvo el alfa de Cronbach de la escala tipo Likert del conjunto de las preguntas, obteniendo una fiabilidad adecuada: 0,891.

Se utilizó IBM SPSS Statistics (Version 26; IBM Corp., Armonk, NY). Para guiar la codificación y el análisis temático usamos la metodología de Clarke y Braun (2013)

FASE 2. Profundización en activos de la infancia (11-13): análisis y propuestas

En esta fase, a partir de las transcripciones de las grabaciones y las notas de las observadoras, se realizó un análisis de los temas emergentes en los discursos de la infancia en su debate en grupos a partir de las fotografías siguiendo el marco de la metodología photovoice. Para el análisis temático se utilizó un enfoque iterativo e inductivo. La categorización de los temas emergentes en las fotografías fue realizada por varios miembros del equipo investigador en paralelo. El resultado de este proceso se sometió a la valoración de las personas participantes que pudieron hacer aportaciones.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados del cuestionario.

FASE 3. Identificación de activos de la infancia y propuestas de personas expertas.

Se realizó un análisis del discurso de las entrevistas en profundidad, a través de un enfoque iterativo e inductivo, identificando las categorías emergentes.

El estudio Delphi se realizó mediante un proceso multietapa iterativo, en el que cada ronda se fundamenta en los resultados previos obtenidos. La información de respuesta de cada participante se almacenó en la base de datos. En la segunda ronda se registraron los consensos y los porcentajes, en el caso de no haber alcanzado consenso, así como las propuestas concretas de acción agrupadas por categorías

RESULTADOS

La actualización sobre el tema de estudio sirvió como punto de partida para el análisis del estado de la cuestión y para el diseño de la investigación. Los resultados de las siguientes fases (1,2 y 3) de esta tesis se presentan a modo de artículos, en los que se describen de manera más concreta los objetivos, metodología y resultados de cada una de estas fases.

Artículo I: Vidal-Sánchez MI, Laborda-Soriano AA, Cambra-Aliaga A, Sanz-Valer, P y Gasch-Gallén A. Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families' Perception. OTJR: Occup Particip Health. 2021;41(3):185-195. <https://doi.org/10.1177/15394492211011188>:

Artículo II: Vidal-Sánchez MI, March, S y Gasch-Gallén A. Identificación de activos para la salud a través de metodología photovoice en un colegio de Zaragoza: la percepción de la infancia.

Artículo III: Vidal-Sánchez MI, Cantero-Garlito P.A. y Gasch-Gallén A. Perspectivas profesionales ante los activos para la salud de la infancia en un barrio: Un estudio Delphi.

Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families' Perception

OTJR: Occupation, Participation and Health
1–11
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/15394492211011188
journals.sagepub.com/home/otj



M^a Isabel Vidal-Sánchez¹ , Ana Alejandra Laborda-Soriano¹ ,
Alba Cambra-Aliaga¹ , Patricia Sanz-Valer¹ ,
and Ángel Gasch Gallén¹ 

Abstract

The health assets (HA; factors or resources that maintain or improves health) approach has hardly been incorporated in occupational therapy, and even less so in research focused on children's perception. The objective of this study was to provide context-specific empirical evidence regarding children and families' perception of childhood HA, paying special attention to the occupational dimension. We used a mixed methods design including qualitative research with 130 children using various techniques (brainstorming, focus groups, thematic drawing, and individual interview) and a descriptive study based on a questionnaire answered by 58 families. Most children related well-being to play occupations and belonging. We observed the influence of gender roles, ethnicity, and other socioeconomic factors in the identification and access to HA. We recommend delving into the relationship between the HA approach and occupational therapy, considering the children's perspective, interculturality, and gender perspectives.

Keywords

health promotion, community participation, children, mixed methods, occupational therapy

Introduction

Global development and improvement on people's and their communities' health and well-being entails, in line with the Sustainable Development Goals (Pan American Health Organization, 2017), fairer opportunities for children (United Nations International Children's Emergency Fund, 2016), leaving no one behind. This implies, among other challenges, acting on social determinants and health inequities (Commission on the Social Determinants of Health, 2008).

Some of the social determinants, intersecting to produce inequities, are gender (Artazcoz et al., 2018), ethnicity, origin, and age (Marmot, 2005).

There is evidence that social and economic disadvantage is associated with worse results in health indicators and shorter life expectancy (Bambra, 2016; Marmot, 2005). Some research links disadvantaged social environments and economic status during childhood to low educational and work levels and worse physical and mental health in adulthood (Guralnik et al., 2006; Zeki Al Hazzouri et al., 2011).

"Social determinants of health are aligned with the context and environment domains in the Occupational Therapy framework and Occupational Therapy practice models" (Bass

& Baker, 2017, p. 175). The influence of inequities and social determinants of health on individuals and communities' access to occupations has been pointed out by occupational therapy and occupational science (Wilcock & Hocking, 2015). Inequities impede the achievement of occupational rights, as "the right of all people to engage in meaningful occupations that contribute positively to their own well-being and the well-being of their communities" (Hammell, 2008, p. 62). This is an extension of Wilcock and Townsend's notion of occupational justice, emphasizing the importance of equity in occupational opportunities (Durocher et al., 2019).

Reducing health inequities is an objective of the health assets (HA) approach. The HA approach is based on Antonovsky's salutogenesis theory and it recommends complementing the deficit-based models, which have limitations such as the tendency to undermine the role of

¹University of Zaragoza, Spain

Corresponding Author:

M^a Isabel Vidal-Sánchez, Facultad de Ciencias de la Salud, Despacho de Terapia Ocupacional (5), Universidad de Zaragoza, C/ Domingo Miral s/n, Zaragoza 50009, Spain.

Email: vidal@unizar.es

people and communities in the creation and maintenance of health (Morgan & Ziglio, 2007; Van Bortel et al., 2019). HA is “any factor (or resource), which enhances the individuals, groups, communities, populations, social systems and/or institution’s ability to maintain and sustain health and well-being and help to reduce health inequities” (Morgan & Ziglio, 2007, p. 18)

The use of the HA concept has increased in disciplines such as psychology, psychiatry, nursing, medicine, social sciences, and public health (Rotegård et al., 2010; Van Bortel et al., 2019). However, in occupational therapy, it has hardly been used.

In the increasing number of HA publications about children and adolescents, internal and external assets had been identified (Pérez-Wilson et al., 2015; Whiting et al., 2013). In the HA approach, it is necessary to fully involve individuals and communities in the health development process (Van Bortel et al., 2019) considering their HA perception. This has been done specially in adolescents (Botello & Hernán, 2008; Calmeiro et al., 2018; Pérez-Wilson et al., 2015) but in the case of children, few studies consider their perceptions. Whiting et al. (2013) focused on 9- to 11-year-olds’ perception about their HA; they identified a stabilizing asset (“Being a family”) and 11 basic assets (eight internal and three external). The most important external assets for children were friendships, personal belongings, and community (referring to their neighborhood). The internal assets they identified were “pride,” “having fun,” “self-identity,” “being physically active,” “resourcefulness,” “I’m growing up,” “engagement,” and “self-worth.” Play is the main occupation in childhood and has an essential role in promoting emotional, social, cognitive, and physical well-being (Parham & Fazio, 2008). It also favors socialization in different roles, influenced by gender stereotypes (Garay Ibáñez et al., 2017).

Context determines occupational rights and inequities that hamper their achievement (Hammell, 2017). HA promote the creation of healthy environments, especially in the context of neighborhoods and families (Morgan & Ziglio, 2007; Pérez-Wilson et al., 2015).

The study was carried out in a neighborhood of a Spanish city. This neighborhood has been growing since the 1950s with the arrival of Roma families and the immigration of workers, first from the Spanish countryside and later from other countries.

Currently, families of vastly different socioeconomic levels, cultures, and origins live in the neighborhood; some of them experience social disadvantage and vulnerability.

Roma people constitute the main ethnic minority within this neighborhood. Officially their presence in Spain dates back to 1425 (Motos, 2009). Although there is no census of Roma population, estimates indicate that, in 2018, they represented between 1.7% and 3.2% of the total Spanish population (Fundación Secretariado Gitano, 2019). Roma people have suffered from the effects of genocidal policies and

racist legislation that have resulted in high levels of discrimination and social exclusion (Emeric, 2015; La Parra et al., 2013; Motos, 2009). Only one study that collects the Roma HA has been recovered (Miranda et al., 2019), which is consistent with the invisibility that some papers denounce (La Parra et al., 2013).

Another relevant determinant of health inequity to be considered in this context is the migratory status that influences also later generations (González-Rábago & Martín, 2019).

We chose two educational resources of this community:

- The largest free public school in the neighborhood that is part of “Health Promoting Schools Network.” Children of different cultures, socioeconomic levels, ethnic groups, and origin go to this school.
- A social intervention association (SIA) for socially vulnerable children. It was chosen to guarantee the participation of children in a social disadvantage situation.

The objective of this study was to provide context-specific empirical evidence on children and families’ perception of childhood HA in a working-class neighborhood of a Spanish city, paying special attention to their occupational dimension.

Trying to fill a gap detected in HA research, we aim to answer these questions:

Research Question 1: What are the childhood HA in this community as seen by the children themselves and their families?

Research Question 2: How do socioeconomic and demographic factors affect the identification and access to these HA?

Method

The study received favorable opinion from the regional Research Ethics Committee. We collected informed consent of participants, children’s legal guardians, and educational centers’ directors.

This mixed methods study included qualitative group and individual activities with children from 6 to 10 years old and a quantitative descriptive study with a bivariate analysis through a questionnaire aimed at families.

One-hundred-thirty children and 58 family members (mostly parents) from two educational resources participated in the study. The demographics of the children were as follows: 70 boys and 60 girls, 69 aged 6 to 8 years and 51 aged 9 to 10 years, 103 children from primary school and 27 from SIA, 25% were Roma (19.4% of school participants and 48.1% of SIA).

Family members were mostly women of Spanish origin and having a university-level education. The most reported monthly income range per family was 1,200 to 1,700 euros.

Table 1. Sociodemographic Information Summary.

Variables	n (%)
Children variables (N = 130)	
Sex	
Girls	60 (46.2)
Boys	70 (53.8)
Age	
6–8	79 (60.8)
9–10	51 (39.2)
Ethnic Group	
Roma	33 (25)
Other	97 (75)
Center	
School	103 (79.2)
Social intervention association	27 (20.8)
Family variables (N = 58)	
Sex	
Male	12 (20.7)
Female	46 (79.3)
Origin	
Europe	52 (89.7)
Africa	3 (5.2)
Latin America	3 (5.2)
Country	
Spain	45 (77.6)
Other	13 (22.4)
Roma people	3 (5.2)
Education level	
No studies	1 (1.7)
Primary	9 (15.5)
High school	11 (19)
Junior technical bachelor	12 (20.7)
Senior technical bachelor	7 (12.1)
University	18 (31)
Income range	
<700€	9 (15.5)
700–1,200€	8 (13.8)
1,200–1,700€	14 (24.1)
1,700–2,200€	5 (8.6)
2,200–2,700€	8 (13.8)
2,700–3,200€	7 (12.1)
>3,200€	6 (10.3)
Children	
1	15 (25.9)
2	34 (58.6)
3 or more	8 (13.8)

Sociodemographic information summary can be found in Table 1.

Instruments

The activities with children were designed by the research team with the assistance of a child psychologist and school and SIA professionals. We used techniques that give children

great freedom of expression: thematic drawings (Rovetta, 2016) and brainstorming (De Prado, 2001). They were also combined with brief structured individual interviews and focus groups. To try to compensate the influence of adults (researchers, teachers, and educators) on children's opinions, we used play in our sessions.

The family questionnaire was specifically designed for the research based on the HA model—specialized bibliography (Cofiño et al., 2016). It includes (a) sociodemographic variables—sex, age, origin, ethnicity, educational level, employment status, and monthly income level; (b) the question “Is the neighborhood a good place for children?” to be answered with only yes or no; (c) what are the best assets in the neighborhood for children; (d) Healthy and Happy Growth Determinants Likert-Type Scale (from 0 = *not important* to 4 = *especially important/fundamental*). The full questionnaire can be found in “Supplemental Material”.

Procedures

Activities with children were developed in two 1-hr-long sessions for each group of 20 to 27 children. A research team member conducted the activities as coordinator and another research team member served as observer. The reference teacher or educator of each group was present during the activities.

1. Session 1: “*What is health? What makes me feel good?*” The research project was presented to the children through a game in which they were identified as researchers of their own reality being issued a researcher's identity card. The core idea was “Here nothing is correct or incorrect, everything you think and everything you feel is important for the investigation.” Then, through brainstorming and later focus groups, we collected the children's health concept and what made them feel good. Our punctual intervention was to allow every child's participation in each group. The contributions of participants were collected with a tape recorder and with pictures of the brainstorming ideas. In addition, the observer took notes during the activity.
2. Session 2: “*This is me when I feel good.*” The coordinator reiterated the core idea and asked the participants to use their researcher's identity cards. Each participant individually made a thematic drawing on the premise “Draw yourself when you feel good” and the following data were gathered: sex, age, ethnicity, and center. Subsequently, we carried out a structured individual interview with only one question: “What does your drawing represent?” and the answers were recorded in writing.

The family questionnaire was sent to the families through the participating children and the educational professionals. It was voluntarily completed in writing.

Table 2. Example Comments. What Is Health? What Makes Me Feel Good?

Healthy habits and absence of disease	Psychoemotional dimension of health	Support networks	Participation in significant occupations	Well-being associated with places
“The opposite of being sick”	“Be physically and psychically well”	“with my friends”	“Rest”	“Mountain” “village”
“When you eat fruit and don’t eat sweets”	“When you are relaxed/feel free”	“Eating with my family”	“run”	“my village”
“Eat fruits is good for teeth and body”	“Happy”	“when dad comes to town”	“Celebrating” “playing”	“field”
“drink water”	“When you feel safe”	“when you run out of school to hug mom and dad”	“Excursion and adventure”	
“smoking is bad, your lungs turn black”		“when dad tickles me”	“sleep is the happiest thing in life”	
“Do nothing wrong against you”		“People to share with even if you’re sick”	“control pain”	
“practice sport”			“have fun”	
“grooming”				
“brushing teeth”				

Data Analysis

Triangulation strategy was used to ensure rigor, through the combination of different techniques to approach the object of the study (Carter et al., 2014).

To answer the questions “What are the childhood HA in this community as seen by the children themselves and their families?” and “How do socioeconomic and demographic factors affect the identification and access to these HA?” we carried out the data analysis as follows:

Recordings, pictures, and notes from Session 1 were transcribed. The information from self-portraits drawn was registered together with the comments and clarifications of each participant. To guide coding and thematic analysis (TA) of all qualitative data, we applied the methods of Braun and Clarke (2013), following the reflexive approach in TA, which allows to identify, organize, analyze in detail, and report themes based on a careful reading and rereading of the information collected (Braun & Clarke, 2006). The steps for TA were (a) familiarization with the data, (b) generation of initial codes, (c) search for themes, (d) review of themes, (e) define and name themes, and (f) production of report.

We elaborated a descriptive analysis of questionnaire variables for families and an association study in which the chi-square test and Fisher’s exact were applied, according to the group size studied, demanding a level of statistical significance of $p < .05$.

IBM SPSS Statistics (Version 26; IBM Corp., Armonk, NY) was used.

Results

Children’s Perception

What is health? What makes me feel good? After the data review process for this session, several themes were

identified in relation to how participants understood health and well-being. At the beginning, the children referred to healthy habits and absence of disease. They quickly redirected their contributions toward what made them feel good in a broader sense, incorporating

- psychoemotional dimension of health,
- support networks,
- participation in significant occupations, and
- well-being associated with certain places/spaces.

Table 2 shows some examples of comments on each of these themes.

“This is me when I feel good.” In TA of drawings and individual interviews, these themes emerged in relation to what children associated with their well-being: (a) occupations and their category, (b) sense of competence, (c) self-image, (d) others’ approval or well-being, (e) place, (f) current real contexts and occupations, and (g) “fantasy” representations.

To classify occupations, we relied on the *Occupational therapy practice framework*, 4th ed. (American Occupational Therapy Association, 2020). We categorized the occupations that appeared in the drawings to reflect the perspectives the children expressed in their interviews. Because social participation occupations overlapped other categories, we analyzed them separately.

In their drawings, 104 children (80%) linked their well-being with occupations, out of whom 90 linked it with play occupations (86.5%). We observed a link between the *occupation category* and *sense of competence* and between *occupation category* and *self-image*, with both more present in instrumental activities of daily life (IADLs). Age was associated with *self-image* and *others’ approval or well-being*, there was a statistically significant association between

Table 3. “This is Me When I Feel Good” Results.

Variable	S. Competen. n (%)	Ext. image n (%)	Others' A W n (%)	Real O & C n (%)
Occupation category				
Play and leisure (n = 90)	26 (28.9%)*	5 (5.6%)*	6 (6.7%)**	87 (96.7%)
Education (n = 7)	5 (71.4%)	—	4 (57.1%)	7 (100%)
IADL (n = 4)	3 (75%)	1 (25%)	1 (25.1%)	4 (100%)
Rest and sleep (n = 3)	—	—	—	3 (100%)
Sex				
Girls (n = 60)	19 (31.7%)	5 (8.3%)	10 (16.7%)	58 (96.7%)
Boys (n = 70)	17 (24.3%)	4 (5.7%)	6 (8.6%)	62 (88.6%)
Age				
6–8 (n = 79)	18 (22.8%)	2 (2.5%)*	6 (7.6%)*	72 (91.1%)
9–10 (n = 51)	18 (35.3%)	7 (13.7%)	10 (19.6%)	48 (94.1%)
Center				
School (n = 103)	31 (30.1%)	7 (6.4%)	12 (11.7%)	98 (95.1%)*
SIA (n = 27)	5 (18.5%)	2 (7.4%)	4 (14.8%)	22 (81.5%)*

Note. S. Competen. = well-being associated with sense of competence; Ext. image = well-being associated with external image; Others A W = well-being linked to others' approval or well-being; Real O & C = well-being connected with real and current occupations, environments, and contexts; IADL = instrumental activity of daily life; SIA = social intervention association.

* $p < .05$. ** $p \leq .001$.

Significance of bold values, Statistically significant associations are marked in bold.

these reaching higher percentages in older children. The percentage of girls who linked their well-being with *others' approval or well-being* (16.7%) was higher than of boys (8.6%).

The well-being associated with *current real contexts and occupations* was greater in school children, whereas the prevalence of *fantasy representations* was higher in children of SIA ($p < .001$). Table 3 shows some associations between the categories that emerged from the analysis of the self-portraits and sociodemographics variables.

In all, 55.4% ($n = 72$) of participants linked their well-being to social participation occupations: 70.8% ($n = 50$) friendships, 26.4% ($n = 20$) family participation, which appeared more in the younger children's data. The extended family featured more heavily in Roma children's representations.

The most represented places in the drawings were sports courts and fields, gyms (18.5%, $n = 24$), homes (14.6%, $n = 19$), and nature (13.1%, $n = 17$). Analyzing these results by sex, we found 28.6% ($n = 20$) boys were represented on courts, sports fields, and gyms, whereas 30% (18) of girls were not represented anywhere; 11.7% of girls were represented feeling good in school compared with only 1.4% of boys ($p = .029$).

Families' Perception

Is this a good neighborhood for children? We found that 87.9% ($n = 51$) families stated that it was a good neighborhood for children. This percentage was higher in families of European origin (90.4%, $n = 47$) compared with those of African and

Latin American origin where the percentage was 66.7% ($n = 2$; $p < .001$).

The best of neighborhood for families. Among what families considered the best in neighborhood, we found parks (70.7%), school (70.7%), family (62.1%), civic center (48.3%), library (44.8%), teachers (44.8%), being a small size neighborhood where they all know each other (44.8%), their home (43.1%), being a very activist neighborhood (43.1%), and a health center (41.4%). Table 4 shows some statistically significant associations between what is considered best in the neighborhood and some sociodemographic variables.

Healthy and happy growth determinants. We obtained Cronbach's alpha of the Likert-type scale, obtaining adequate reliability: .891. Families identified physical security (feeling safe) in the first place, with an 84.5% frequency, followed by being with their family (77.6%), having people who love them a lot (75.9%), and access to health care (74.1%). In assessing the importance of children doing activities that they like to grow up healthy and happy, 84.5% ($n = 49$) family members considered it fundamental or especially important. As can be seen in Table 5, an association was found between the importance that families gave to certain items, and some sociodemographic variables.

Discussion

The aim of this study was to fill a gap in HA research, which has not yet collected the perception from children of this age

Table 4. “The Best of Neighborhood for Families” and Sociodemographic Variables.

Variables	Neighb. n (%)	Street n (%)	Activist n (%)	SW n (%)	Drugst. n (%)	SS n (%)	SIA n (%)	Super n (%)
Sex								
Female (n = 46)	7 (15.2)	2 (4.3)	17 (37)	2 (4.3)	6 (13)	4 (8.7)	6 (13)	4 (8.7)
Male (n = 12)	3 (25)	4 (33.3)	8 (66.7)	1 (8.3)	5 (41.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	2 (16.7)
		p = .003*			p = .024*			
Origin								
Europe (n = 52)	7 (13.5)	5 (9.6)	25 (48.1)	2 (3.8)	10 (19.2)	4 (7.7)	5 (9.6)	5 (9.6)
LatinA (n = 3)	1 (33.3)	—	—	—	—	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)
Africa (n = 3)	2 (66.7)	1 (33.3)	—	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	2 (66.7)	—
	p = .045*					p = .004*	p = .01*	
Ethnic group								
Roma (n = 3)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)
Other (n = 55)	9 (16.4)	5 (9.1)	24 (43.6)	2 (3.6)	9 (16.4)	5 (9.1)	6 (10.9)	4 (7.3)
				p = .024*	p = .03*			p = .001*
Education level								
No (n = 1)	1 (100)	—	0 (0)	—	—	—	1 (100)	—
Primary (n = 9)	2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	1 (11.1)	4 (44.4)	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)
HS (n = 11)	2 (18.2)	1 (9.1)	5 (45.5)	2 (18.2)	3 (27.3)	1 (9.1)	2 (18.2)	—
JTB (n = 12)	2 (16.7)	1 (8.3)	1 (8.3)	—	1 (8.3)	—	—	1 (8.3)
STB (n = 7)	2 (28.6)	—	4 (57.1)	—	1 (14.3)	—	—	1 (14.3)
Univ. (n = 18)	1 (5.6)	2 (11.1)	13 (72.2)	—	2 (11.1)	2 (11.1)	1 (5.6)	1 (5.6)
			p = .01*				p = .011*	

Note. Neighb. = good relationship with neighbors; Activist = being a very activist neighborhood; SW = social worker; Drugst. = drugstore; SS = social services; SIA = social intervention association; Super = supermarket; LatinA = Latin America; No = no studies; HS = high school; JTB = junior technical bachelor; STB = senior technical bachelor; Univ. = university.

*p < .05; chi-square test.

Significance of bold values, Statistically significant associations are marked in bold.

Table 5. “Healthy and Happy Growth Determinants” for Families and Sociodemographic Variables.

Variables	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)
Having talent					
Ethnic group**					
Roma (n = 3)	—	—	—	3 (100)	—
Other (n = 55)	2 (3.8)	13 (24.5)	22 (41.5)	9 (17)	7 (13.2)
Education level*					
Primary (n = 9)	—	1 (11.1)	—	4 (44.4)	4 (44.4)
HS (n = 11)	—	1 (10)	5 (50)	4 (40)	—
JTB (n = 12)	2 (16.7)	2 (16.7)	6 (50)	1 (8.3)	1 (8.3)
STB (n = 7)	—	2 (28.6)	2 (28.6)	2 (28.6)	1 (14.3)
University (n = 18)	—	7 (38.9)	9 (50)	1 (5.6)	1 (5.6)
Income range*					
<700€	—	—	1 (14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)
700–1,200€	—	1 (12.5)	1 (12.5)	5 (62.5)	1 (12.5)
1,200–1,700€	1 (7.1)	2 (14.3)	8 (57.1)	2 (14.3)	1 (7.1)
1,700–2,200€	—	2 (40)	2 (40)	1 (20)	—
2,200–2,700€	1 (12.5)	1 (12.5)	6 (75)	—	—
2,700–3,200€	—	3 (42.9)	2 (28.6)	1 (14.3)	1 (14.3)
>3,200€	—	4 (66.7)	2 (33.3)	—	—
Encouraging family					
Education level*					
No (n = 1)	—	—	—	—	1 (100)
Primary (n = 9)	—	—	2 (22.2)	1 (11.1)	6 (66.7)
HS (n = 11)	—	1 (10)	2 (20)	2 (20)	5 (50)
JTB (n = 12)	—	—	3 (25)	6 (50)	3 (25)
STB (n = 7)	—	—	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)
Univ. (n = 18)	—	2 (11.1)	8 (44.4)	7 (38.9)	1 (5.6)
Recreative areas					
Ethnic group*					
Roma (n = 3)	1 (33.3)	—	1 (33.3)	—	1 (33.3)
Other (n = 55)	—	2 (3.7)	14 (25.9)	21 (38.9)	17 (31.5)
Access to culture					
Origin**					
Europe (n = 52)	—	1 (1.9)	7 (13.5)	17 (32.7)	27 (51.9)
LatinA (n = 3)	—	1 (33.3)	—	2 (66.7)	—
Africa (n = 3)	1 (33.3)	—	—	—	2 (66.7)

Note. 0 = no important at all; 1 = less important; 2 = important; 3 = very important; 4 = fundamental; No = no studies; HS = high school; JTB = junior technical bachelor; STB = senior technical bachelor; Univ. = university; LatinA = Latin America.

* $p < .05$. ** $p \leq .001$.

group. We wanted to know children and families' perception about what maintains and improves children's health and what is the socioeconomic factors' influence.

Our findings give us an insight into childhood and families' perception regarding health concept and HA in a Spanish neighborhood. Belonging and participation in play occupations were perceived as HA by most children.

In the first approach (Session 1), the children of this neighborhood associated health and well-being with psychological, physical, and social dimensions together with happiness, as did the adolescents in the study by Pérez-Wilson et al. (2015).

Most of the participating children associated their well-being with participation in occupations, highlighting play; this is in line with occupational therapy theories, which state that play is the main occupation in childhood (Parham & Fazio, 2008). Regarding the assets identified by Whiting et al. (2013), this result is specially related to the internal asset “having fun.”

As expected, the sense of competence was associated with IADLs; we can connect this finding with the Whiting et al. (2013) study in which one of the key aspects of the “I'm growing up” asset was the increase in responsibility and independence that children assume. In older children, well-being

was linked more to their self-image and others' approval or well-being. This result can be understood based on child development, others' opinion, and self-image becoming more important as children grow (Viana & Pellegrini, 2008).

We found that girls linked their well-being more frequently to others' approval or well-being than boys, which is in line with their gender role and mandates, giving us an idea of the early appearance of higher need for approval in women (Freixas, 2000).

Children going to the SIA (where the percentage of Roma children amounts to 48%) live in a social disadvantage context, whereas in school there is greater diversity: This may explain why in school, representations of their well-being were more intricately linked to current real occupations and contexts, whereas in SIA, there were more representations of fantasy play, as suspension of reality (Skard & Bundy, 2008) and "fantastic situations." In the light of occupational justice, the difficulty in accessing significant occupations can decouple the association between real occupations and well-being, causing "resourcefulness" to be used as a refuge, becoming HA, as suggested by Whiting et al. (2013).

In accordance with socialization at different stages of child development (Viana & Pellegrini, 2008), and connected with the findings of Whiting et al. (2013) regarding the stabilizing asset "being a family," in Sessions 1 and 2, interactions and family support are related to their perception of well-being by younger children; however, peer participation became more relevant for older children as reported by Whiting et al. (2013) in the external asset "friendships." This finding connects the importance of belonging, in its dimension of doing with others, for health and occupational participation (Hammell, 2014). The greater presence of the extended family in the drawings of Roma children aligns with their cultural values (Emeric, 2015), in this case, the dimension of belonging as a cultural connection is added (Hammell, 2014).

In the first session, the places most related to health were in nature settings (fields), which also appeared frequently in self-portraits; this finding connects with the research results that point out the importance of strengthening the feeling of connection with nature (Hammell, 2014).

Connecting with the internal asset "being physically active" (Whiting et al., 2013), boys more frequently linked their well-being to sports, especially football, and "public" places than girls. We can see here the influence of cultural context and the gender roles associated with it. This finding coincides with studies reporting less physical activity and sports practice by girls and the greater occupation of courts and sports fields by boys, whereas girls occupy the margins and socialize in more passive roles (Garay Ibáñez et al., 2017; Katzmarzyk et al., 2016).

Families identified the following as external HA in the neighborhood: parks, civic center, library, and health center, which were also highlighted by children and adolescents in previous studies in other communities (Pérez-Wilson et al., 2015; Whiting et al., 2013).

Healthy and happy growth determinants, which identified families as fundamental, are some of the HA named in the specialized bibliography (Cofiño et al., 2016). They also agree with factors identified as protective and related to resilience, recognized in many publications as HA (Van Bortel et al., 2019), in studies with children living in poverty contexts: security, affiliation, and affectivity (Amar, 2000).

Well-being was linked to occupations in 80% of children, and 84.5% of family participants considered that significant occupations were important for children's well-being and happiness. Pérez-Wilson et al. (2015) propose an adolescent HA classification and recommend the study of the link between different categories of HA. These authors include healthy behaviors and academic achievements among the "doing" HAs. We observe that our study suggests a greater dimension for "doing" HAs. It also provides more data for the understanding of their interrelation and interaction with the so-called "being" and "having" HA, which in turn connect with external assets (at the community level). From occupational therapy, we could relate these assets to the importance of "belonging" and its special relevance to the occupation (Hammell, 2014; Wilcock & Hocking, 2015). Van Bortel et al. (2019) point out that the link between individual assets and community development is often overlooked in studies; occupational therapy could also deepen the relationship between occupational and social justice, personal occupational choices, and community development (Thibeault, 2013).

Having talent was significantly more valued by lower socioeconomic status and Roma families in line with previous publications (Emeric, 2015).

Families of African origin highly rated culture for children's well-being and happiness. We should deepen the qualitative research into the African origin population to determine the meaning they give to culture, as well as cross-cultural reach of Western ethnocentric perspectives about what is positive for children's health and well-being while observing cultural humility (Foronda et al., 2016).

One of this study's limitations is found in the participating families. The voluntary nature and written questionnaire could influence, on one hand, the number of participants, and on the other hand, that there were more responses from people with a high educational level, medium income level, and residing in their country of origin. It is impossible to determine whether the data obtained are representative of the diversity existing in the neighborhood. Another limitation is the low participation of fathers, which made the results comparison and the incorporation of gender perspective into the analysis more complicated. However, the greater participation of women—most of them mothers—is in line with studies highlighting that they are more involved in educational and child care activities, observing their responsibility due to gender features (Vidal-Sánchez et al., 2017).

The importance of context in health promotion research means it is not possible to transfer the results to other contexts and countries.

As a last limitation, it should be mentioned that we could not compare the results with previous data on the HA perception of children of the same age group and families, because previous studies have not been recovered.

The main strength of this study is in collecting direct information from a significant number of children ($N = 130$) in two centers with different characteristics, which allowed us to ensure childhood participation representative of the diversity of the neighborhood. This is also the first research study gathering children's, aged 6 to 8, opinion about their HA.

Another strength is the inclusion in the study of families' perception.

A contribution of this study is occupation identification as a childhood HA.

Finally, the study incorporated the gender perspective, which needs to be much more developed in occupational therapy.

Conclusion

Considering the findings of this study, framed in assets-based health promotion, incorporating the vision of occupational therapy, we can conclude that children perceive occupations, especially play and social participation, as HA. Likewise, families think that doing significant activities is important for children's health and well-being.

We can also affirm that occupations are inseparable and interdependent from "doing with others" and from the feeling of belonging. It corroborates the importance of linking individual HA and community development.

The study confirms the gender role and other socioeconomic factors' influence, such as ethnicity and socioeconomic status, in the children and families' identification, valuation, and access to HA.

It would be advisable to delve into the access and participation in occupations such as childhood HA and consolidate findings in other contexts. In future research, it will be necessary to consider the children's point of view, interculturality, and gender perspective.

Acknowledgments

Special recognition to Alejandra Araguás for her contributions in the design and development of activities with children; to girls and boys for sharing their dreams and thoughts; to Concepción Tomás Aznar (Cuca) for her support, her enthusiasm, and her legacy; to 2.a vía Acompañamiento Terapéutico for its administrative and technical support; to Frank Kronenberg for his review and "food for thought"; and to Manolo González, Ingram Davidson, Elisa Hart, and Aída Martínez for their English edition. Special appreciation is extended to Torrero-La Paz neighborhood, particularly to "CPEIP Ramón Sainz de Varanda" primary school, to "El Trébol" social intervention association, and to participating families.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Research Ethics Section


The study received favorable opinion from the Comunidad de Aragón Research Ethics Committee (Comité de Ética en la Investigación de la Comunidad de Aragón-CEICA) with reference number: C. P.- C. I. PI19/153.


ORCID iDs

M^a Isabel Vidal-Sánchez  <https://orcid.org/0000-0003-3861-9004>

Ana Alejandra Laborda-Soriano  <https://orcid.org/0000-0002-0137-3672>

Alba Cambra-Aliaga  <https://orcid.org/0000-0003-2587-6765>

Patricia Sanz-Valer  <https://orcid.org/0000-0001-6933-7101>

Ángel Gasch Gallén  <https://orcid.org/0000-0002-3087-8899>

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

References

- Amar, J. (2000). Niños invulnerables. Factores de protección que favorecen el desarrollo de los niños que viven en contextos de pobreza. [Invulnerable children. Protective factors that favor the development of children living in contexts of poverty] *Psicología desde el Caribe*, 5, 96–126.
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 1–87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., & Fernández, A. (2018). Incorporation of the gender perspective in community health. SESPAS Report 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(Suppl. 1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
- Bambra, C. (2016). *Health Divides: Where you live can kill you*. Policy Press.
- Bass, J. D., & Baker, N. A. (2017). Occupational therapy and public health: Advancing research to improve population health and health equity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37, 175–177. <https://doi.org/10.1177/1539449217731665>
- Botello, B., & Hernán, M. (2008). Opiniones de los jóvenes sobre su salud y salud mental en Huelva según el modelo de activos. [Young people's opinions on their health and mental health in Huelva according to the asset model] XIII Congreso SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 23(Espec. Congr 1), 96–97.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Calmeiro, L., Camacho, I., & Matos, M. G. (2018). Life satisfaction in adolescents: The role of individual and social health assets. *The Spanish Journal of Psychology*, 21(e23), 1–8. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.24>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative

- research. *Oncology Nursing Forum*, 41, 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). Health promotion based on assets: How to work with this perspective in local interventions? *Gaceta Sanitaria*, 30(Suppl. 1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- De Prado, D. (2001). Torbellino de Ideas: Por una educación participativa y creativa. [Whirlwind of Ideas: For a participatory and creative education] *Mieubook*. <http://educreate.iacat.com/Biblioteca/David%20de%20Prado.%20Torbellino%20de%20ideas.SIN.pdf>
- Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2019). Justicia ocupacional: Una revisión de conceptos. [Occupational Justice: A conceptual review] *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418–430. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1616359>
- Emeric, D. (2015). Aportes de la terapia ocupacional a la intervención sociocomunitaria con población gitana en riesgo de exclusión social. [Contributions of occupational therapy to sociocommunity intervention with Roma population at risk of social exclusion] In E. En Navarrete, P. A. Cantero, A. Guajardo, R. Sepúlveda, & P. Moruno (Eds.), *Terapia Ocupacional y Exclusión Social: Hacia una praxis basada en los derechos humanos* [Occupational Therapy and Social Exclusion: Towards a human rights-based praxis] (pp. 179–213). Segismundo.
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <http://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Freixas, A. (2000). Entre el mandato y el deseo: la adquisición de la identidad sexual y de género. [Between mandate and desire: the acquisition of sexual and gender identity] En C. Flecha & M. Núñez (Eds.), *La educación de las mujeres: nuevas perspectivas* [Women's education: new perspectives] (pp. 23–31). Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Fundación Secretariado Gitano. (2019). *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018*. [Comparative study on the situation of the Roma population in Spain in relation to employment and poverty 2018] https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/129378.html
- Garay Ibáñez, B., Vizcarra, M. T., & Ugalde, A. I. (2017). Los recreos, laboratorios para la construcción social de la masculinidad hegemónica. [Playgrounds, laboratories for the social construction of hegemonic masculinity] *Teoría de la Educación*, 29(2), 185–209. <http://doi.org/10.14201/teoredu292185209>
- González-Rábago, Y., & Martín, U. (2019). Health and determinants of health in second generations of international immigrants: Social inequities in health since childhood? *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 156–161. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
- Guralnik, J. M., Butterworth, S., & Wadsworth, M. E. J. (2006). Childhood economic status predicts physical functioning a half century later. *The Journals of Gerontology Series A*, 61(7), 694–701. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.7.694>
- Hammell, K. W. (2008). Reflections on well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 61–64. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.007>
- Hammell, K. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/0008417413520489>
- Hammell, K. W. (2017). Critical reflections on occupational justice: Toward a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 47–57. <https://doi.org/10.1177/0008417416654501>
- Katzmarzyk, P. T., Denstel, K. D., Beals, K., Bolling, C., Wright, C., Crouter, S. E., McKenzie, T. L., Pate, R. R., Saelens, B. E., Staiano, A. E., Stanish, H. I., & Sisson, S. B. (2016). Results from the United States of America's 2016 report card on physical activity for children and youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(Suppl. 2), S307–S313. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0321>
- La Parra, D., Gil-González, D., & Jiménez, A. (2013). Social exclusion processes and the health status of the Roma people in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 385–386. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.05.001>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Miranda, D. E., García-Ramírez, M., Balcazar, F. E., & Suarez-Balcazar, Y. (2019). A community-based participatory action research for Roma health justice in a deprived district in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193722>
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion and Education*, 14(Suppl. 2), 17–22. <https://doi.org/10.1177/1025382307014020701x>
- Motos, I. (2009). Lo que no se olvida. [What is not forgotten] *Anales de Historia Contemporánea* 25, 57–74. <http://revistas.um.es/analeshc/article/view/71681>
- Pan American Health Organization. (2017). *El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás* [The Innov8 approach to examine national health programs so that no one is left behind] [Manual Técnico]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34933>
- Parham, L. D., & Fazio, L. S. (2008). *Play in occupational therapy with children* (2nd ed.). Mosby.
- 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. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
- Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S., & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513–525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>
- Rovetta, A. I. (2016). Elucidación gráfica en investigación cualitativa con menores de edad. [Graphic elucidation in qualitative research with minors] Actas CIAIQ2016. *Investigación cualitativa en Ciencias Sociales*, 3. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/955/938>
- Skard, G., & Bundy, A. (2008). Test of playfulness. In L. D. Parham & L. S. Fazio (Eds.), *Play in occupational therapy with children* (2nd ed., pp. 71–93). Mosby.

- Thibeault, R. (2013). Occupational justice's intents and impacts: From personal choices to community consequences. In M. P. Cutchin & V. A. Dickie (Eds.), *Transactional perspectives on occupation* (pp. 245–256). Springer.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2016). *The state of the world's children 2016: A fair chance for every child*. https://www.unicef.org/publications/index_91711.html
- Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S. (2019). Health assets in a global context: A systematic review of the literature. *BMJ Open*, *9*(2), 1–11. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
- Viana, I., & Pellegrini, M. (2008). Desarrollo social y juego infantil. [Social development and children's play] In B. En Polonio, M. C. Castellanos, & I. Viana (Eds.), *Terapia ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica* [Occupational therapy in childhood. Theory and practice] (pp. 57–77). Médica Panamericana.
- Vidal-Sánchez, M. I., López, E., & Royo, N. (2017). Visibilizando los cuidados desde una perspectiva feminista en terapia ocupacional. [Making care visible from a feminist perspective in occupational therapy] *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, *15*(27), 185–190. <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/colab3.pdf>
- Whiting, L. S., Kendall, S., & Wills, W. (2013). Rethinking children's public health: The development of an assets model. *Critical Public Health*, *23*(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>
- Wilcock, A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health. Third edition*. Slack.
- Zeki Al Hazzouri, A., Haan, M. M., Galea, S., & Aiello, A. E. (2011). Life-course exposure to early socioeconomic environments, education in relation to late-life cognitive function among older Mexicans and Mexican Americans. *Journal of Aging and Health*, *23*(7), 1027–1049. <https://doi.org/10.1177/0898264311421524>

Identificación de activos para la salud a través de metodología photovoice en un colegio de Zaragoza: la percepción de la infancia.

Health assets identification through photovoice methodology at a Zaragoza school: Childhood's perception.

Autoría: M^a Isabel Vidal-Sánchez^{a*}; Sebastià March^b; Ángel Gasch-Gallén^a

Filiación:

- a. Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- b. Cooperativa APLICA, Madrid, España.

Resumen

Introducción: Aunque la estrategia de promoción de salud que parte de la identificación y dinamización de activos está muy extendida, no lo está tanto su uso en población infantil. Este estudio pretende identificar los activos para la salud percibidos por la infancia de 10-13 años en un colegio público de Zaragoza, estudiar su relación con variables socioeconómicas y recoger sus propuestas de mejora.

Método: Estudio de Investigación-Acción-Participativa en el que participaron 58 personas (32 niños y 26 niñas) durante dos cursos académicos (2019-20 y 20-21). Se diseñaron 5 sesiones con herramientas participativas y metodología photovoice. También se administró un cuestionario de identificación de activos. El estudio recibió el dictamen favorable de CEIC Aragón (CEICA).

Resultados: Los temas identificados en las fotografías por orden de importancia fueron: colegio y profesorado, amistades, actividades, familia, parques y zonas verdes, casas y cosas, mascotas y otros lugares del barrio. En los cuestionarios se identificaron la familia (82,9%), las amistades (71,5%) y la vivienda (36,6%) como los temas más importantes para su salud y felicidad. Hay diferencias por género en las respuestas: los niños dan más importancia a las amistades y las niñas a la vivienda. La infancia consultada realizó propuestas de mejora en las líneas de fomentar la convivencia, igualdad de oportunidades, seguridad y espacios.

Conclusiones: La infancia reconoce la influencia de los determinantes sociales en la definición de sus activos en salud. Estudios que identifiquen sus necesidades pueden ser útiles para plantear estrategias de desarrollo comunitario.

Abstract

Introduction: Although the asset-based health promotion strategy is very widespread, it is not so widely used in children. This study aims to identify the health assets perceived by children aged 10-13 years at a Zaragoza state school, study their link with socioeconomic variables and compile their proposals for improvement.

Method: Participatory Action-Research Study in which 58 people (32 boys and 26 girls) participated and data collated over two academic years (2019-20 and 20-21). 5 sessions were designed with participatory tools and photovoice methodology. An asset identification questionnaire was also administered. The study received a favorable opinion of Research Ethics Committee of Aragón (CEICA).

Results: The themes identified in the photographs in order of importance were: school and teachers, friends, activities, family, parks and green areas, houses and things, pets and other places in the neighborhood. In the questionnaires, family (82.9%), friends (71.5%) and home (36.6%) were identified as the most important issues for their health and happiness. There are gender differences in the responses: boys give more importance to friends and girls to housing. The children consulted made proposals for improvement in the lines of promoting coexistence, equal opportunities, safety and places.

Conclusion: Children recognize the influence of social determinants in the definition of their health assets. Studies that identify their needs can be useful to propose community development strategies.

Palabras clave: Infancia, Activos para la salud, Promoción de la salud, Salud comunitaria, Desarrollo comunitario basado en activos, Terapia ocupacional, Investigación cualitativa, Fotovoz.

Keywords: Childhood, Health assets, Health promotion, Community health, Assets-based community development model, Qualitative research, Photovoice.

Introducción

El enfoque basado en activos para la salud, centrado en desarrollar las fortalezas y capacidades de las comunidades para favorecer su bienestar¹, requiere que éstas se involucren plenamente en el proceso de desarrollo de la salud, lo que debe incluir tomar en cuenta la percepción sobre sus activos². La infancia y la juventud son etapas cruciales para sentar las bases de un desarrollo saludable³ y hay un creciente interés en el estudio de activos para la salud infanto-juvenil^{2,4-9}. La opinión y percepción de adolescentes acerca de los activos para su salud ha sido recogida en diversas investigaciones^{4,7,8}. Sin embargo, se han recuperado escasas publicaciones que recojan el punto de vista de infancia menor de 13 años sobre sus activos para la salud^{5,6,9}. La participación de la infancia puede ser muy enriquecedora para las investigaciones e intervenciones sobre promoción de salud y se puede fomentar a través del uso de herramientas apropiadas¹⁰. Whiting et al.⁵ recomiendan tener en cuenta la perspectiva infantil para tomar decisiones e intervenir de manera efectiva y eficiente con personas en estas etapas vitales. Estas autoras identificaron, en su estudio con participantes de 9-11 años, un activo estabilizador (Being a family) y once básicos (internos y externos)⁵.

Siguiendo las líneas de estudios previos con adolescentes⁴, una investigación centrada en los activos para la salud de la infancia de una comunidad local tuvo como principales hallazgos la vinculación del bienestar a la participación en ocupaciones y la influencia del rol de género y otros determinantes sociales en la identificación, valoración y acceso a los activos⁶.

Malin Eriksson y Kjerstin Dahlblomb¹¹, que utilizaron la metodología photovoice con participantes de 11-12 años, pusieron el énfasis en la necesidad de escuchar las voces de la infancia y mostraron que los lugares donde la infancia vive, crece y juega tienen gran influencia en su salud y bienestar. El concepto de capital social, incorporado por estas autoras a su investigación, permite profundizar en la comprensión de la interrelación e interacción entre los factores materiales y sociales en una comunidad. Incluir el concepto de capital social al mapeo de activos puede ayudar a analizar cómo funciona en las comunidades¹².

Ahondando en la necesidad de escuchar las voces y propuestas de la infancia, los objetivos de este estudio fueron: 1) Identificar los activos para la salud percibidos por un grupo de niñas y niños; 2) Analizar la relación entre el rol de género y otras variables sociales y económicas en el reconocimiento, acceso y fortalecimiento de estos activos y 3) Recoger sus propuestas para fomentar su salud y bienestar en su comunidad. Todo ello, profundizando en la relación entre el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional y las Ciencias de la Ocupación

Métodos

Diseño del estudio:

Estudio de Investigación-Acción-Participativa que combina la metodología photovoice con dinámicas grupales y un cuestionario. El photovoice consiste en que las personas participantes realizan fotografías sobre una temática dirigida que sirven posteriormente para iniciar un debate y recoger un discurso. La selección de esta herramienta, identificada como adecuada para el mapeo de activos^{13,14}, se realizó en base a la literatura que avala su uso en las edades de las personas participantes y la considera una buena manera de involucrarlas en la mejora del bienestar de su comunidad^{10,11,15-17}.

El estudio se realizó en dos fases. En la primera (curso 2019-2020) se realizó el photovoice y en la segunda (curso 2020-2021) se completó pasando un cuestionario, diseñado ad hoc para esta investigación, y debatiendo los resultados.

El estudio se llevó a cabo en el barrio de Torrero-La Paz de Zaragoza, donde conviven familias de niveles socioeconómicos, culturas y orígenes muy heterogéneos. El Pueblo Gitano constituye la principal minoría étnica dentro del barrio.

Participantes

Alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria durante los cursos 2019-2020 y 2020-2021 respectivamente, en un colegio público de un barrio obrero de Zaragoza. El colegio fue seleccionado por formar parte de la red de escuelas

promotoras de la salud de la región. Participaron un total de 58 niños y niñas (**tabla 1**).

Procedimiento

El proyecto fue explicado al equipo directivo y docente en reuniones de preparación, que se tomaron como punto de partida para el diseño de las sesiones con el alumnado, recogiendo sugerencias y recomendaciones. Se consideró imprescindible no sobrecargar más a las docentes, respetar los horarios del centro, realizar las sesiones en presencia de la tutora de cada grupo y plantear la actividad como algo útil, conectándola con los contenidos transversales del aula.

Se utilizaron dinámicas y técnicas apropiadas para estimular la participación de este grupo de edad y se estructuraron en 5 sesiones (**tabla 2**).

En el diseño y desarrollo de las sesiones colaboraron una fotógrafa; dos terapeutas ocupacionales, especializadas en infancia y perspectiva de género, y cuatro alumnas del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de Zaragoza.

En la **sesión 2** se entregó una cámara desechable por cada dos participantes con la instrucción de fotografiar “lo que me hace sentir bien: en el barrio, en casa, en el *cole*”, cada pareja debía realizar 10 fotos individuales y 7 fotos conjuntamente. La fotógrafa introdujo nociones básicas de fotografía analógica, que se complementaron con normas básicas para observar la ética y la privacidad.

En la **sesión 3** se facilitaron las fotos reveladas en papel pidiendo a cada pareja que seleccionaran 5 que representaran mejor lo que les hacía sentir bien y que les pusieran título. Después se trabajó en pequeños grupos (6-8 personas) con una dinamizadora/observadora acompañando el proceso de reflexión, guiado por una adaptación de las 4 primeras preguntas del cuestionario SHOWED^{18,19}:
1. ¿Qué aparece en la fotografía? 2. ¿Qué historia hay detrás? 3. ¿Cómo nos afecta? 4. ¿Por qué me/nos hace sentir bien? La sesión 3 finalizó con una puesta en común y debate de toda la clase que fue audiograbado.

Las sesiones **4 y 5** estaban en relación con las preguntas 5 y 6 del cuestionario SHOWED (5. *¿Cómo podemos empoderarnos con esta experiencia y*

conocimiento? 6. ¿Qué podemos hacer?) y tenían un triple objetivo: 1) agradecer y reconocer a la infancia participante sus aportaciones, favoreciendo su empoderamiento; 2) profundizar en sus opiniones acerca de algunos temas emergentes y 3) recoger sus propuestas de acción para fomentar los activos para su bienestar en el barrio. Para complementar esta información se administró un cuestionario individual adaptado a la edad. Finalmente, se debatió sobre lo trabajado en el cuestionario, con especial hincapié en la pregunta *¿Qué se puede hacer para que el barrio sea mejor para niños y niñas?*

Consideraciones éticas

El estudio recibió el dictamen favorable de CEIC Aragón (CEICA).

Las familias o tutores/as legales firmaron los consentimientos autorizando la participación del alumnado.

Todas las colaboradoras que entraron en las aulas presentaron el certificado negativo de delitos sexuales

Análisis de los datos

A partir de las transcripciones de las grabaciones y las notas de las observadoras, se realizó un análisis de los temas emergentes en los discursos de la infancia en su debate en grupos a partir de las fotografías siguiendo el marco de la metodología photovoice^{18,19}. Para el análisis temático se utilizó un enfoque iterativo e inductivo. La categorización de los temas emergentes en las fotografías fue realizada por varios miembros del equipo investigador en paralelo. El resultado de este proceso se sometió a la valoración de las personas participantes que pudieron hacer aportaciones.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados del cuestionario.

Resultados

Presentamos los resultados organizados en base a los objetivos de este estudio:

1. Identificación de activos (en el discurso generado en los grupos a partir de las fotos y en el cuestionario individual); 2. Los factores que condicionan el acceso a la salud y el bienestar; 3. Las propuestas de mejora y 4. Reflexiones sobre su participación.

1. Identificación de activos

Los temas identificados en las fotografías se recogen en la **tabla 3** y los principales resultados del cuestionario en la **tabla 4**, junto con sus razonamientos posteriores realizados en la quinta sesión.

Para ahondar en la profundización de la relación entre la Terapia y la Ciencia Ocupacional y los enfoques basados en activos, se reflejan por separado las ocupaciones como activos. En un grupo hubo bastante acuerdo en que lo más importante para que las actividades te hagan sentir bien es con quién las haces, pero en los otros dos le confirieron la misma importancia a lo que aporta la actividad en sí y a la compañía en la que se realiza, también destacaron la importancia de poder elegirlos. En la **tabla 5** se refleja la importancia otorgada en el cuestionario individual a algunos aspectos para que la realización de una actividad les hiciera sentir bien, **donde 1 era nada importante y 5 fundamental**.

2. Factores que condicionan el acceso a la salud y al bienestar

Con relación a qué dificulta la vida de las personas de su edad en el barrio, donde **1 era muchísimo y 5 era nada**, encontramos que el racismo se sitúa en primer lugar (Media = 1,91) seguido de la pobreza (Media =2,23). Al desagregar estos datos por sexos las principales diferencias las encontramos en los ítems machismo (media niñas=2,13; media niños=3) y problemas con la familia (media niñas=2,61; media niños=3)

Entre las cosas que creían que hay que cambiar en el barrio para que la gente de su edad pueda estar mejor y más sana aparecieron en las tres aulas “la contaminación”, “la suciedad” “las cacas de perro” “la basura” y que las calles están mal “en el centro todo bien, aquí las aceras hechas polvo”. Sobre la convivencia apuntaron que en el cole conviven, pero luego en la calle apenas se mezclan “los payos con los payos, los gitanos con los gitanos y así todo el rato”. Echaron de menos comercios o centros que muestren otras culturas. Dijeron que faltan zonas verdes, de deportes (“campos de fútbol y básquet”, “parque de skate” “zonas de escalada”) y de ocio para poder estar más con sus amistades. Reflexionaron acerca de lugares y actividades a los que no pueden acceder todas las personas de su edad porque valen dinero. También aludieron a actitudes y comportamientos de las personas hacia la infancia, afirmando que

falta empatía y que “Las personas tienen que portarse bien con los pequeños” y “RESPECTO: que no vayas por un lugar y la gente te mire raro” y a las de las propias niñas y niños “Comer menos comida basura” “Que salgan más a la calle y no estén tanto con el móvil”

3. Propuestas de mejora

La infancia participante en el estudio destacó la necesidad de mejorar la convivencia en el barrio, la equidad de oportunidades entre chicas y chicos, mejoras en el acceso a recursos que sienten realmente útiles y que les generan felicidad y sentirse seguros y seguras en los lugares que habitan (**tabla 6**).

4. Reflexiones sobre la participación

El 57,4% de participantes consideraron que NO se tienen en cuenta las opiniones de la gente más joven (entre 6 y 14 años) cuando se piensa en qué hacer en los barrios, frente a un 20,4% que opinó que SÍ y un 22,2% que “A veces”. A la pregunta *¿Crees que si os preguntaran podríais dar buenas ideas?* El 82% contestó que SÍ y el 12% que “A veces”. La valoración de la experiencia de participación fue muy positiva tal y como se puede advertir en la siguiente cita: “Me ha gustado un montón y he podido decir cosas escribiéndolas sin que nadie me diga que no es así y me corrija”.

Discusión

Diferentes estudios han destacado la necesidad de la perspectiva infantil para ofrecer una respuesta desde los servicios y para un desarrollo de las comunidades más adaptado a las realidades de esta etapa vital^{5,6,9,11,16}.

Nuestros hallazgos permiten profundizar en la percepción de la infancia de este barrio sobre sus activos para la salud y bienestar, los factores que condicionan el acceso a los mismos y cómo mejorarlos fomentando su participación. Destaca la importancia otorgada a las amistades, la familia y las actividades que realizan, así como a la vivienda (sobre todo las niñas) y a lo relacionado con el colegio. También su capacidad para identificar los determinantes sociales que afectan al

acceso y uso de los activos. Se identificaron propuestas de la infancia que van en las líneas de mejorar la convivencia, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la seguridad y los espacios.

Como sucede en otros trabajos⁵ la familia se reveló como el principal activo de tipo estabilizador. Esto discrepa de los resultados en el mismo barrio que mostraron que la familia iba siendo considerada como menos importante para la salud con la edad, al tiempo que la amistad iba ganando importancia⁶. Familia y amistades son activos externos, que aportan un sentimiento personal de certeza (activo interno) sobre el hecho de contar con recursos que mejoran las condiciones necesarias para estar sano y sentirse bien (activos de “tener”)⁴. La infancia otorgó una gran importancia en las actividades a la pertenencia y a la participación social. Esto revela dimensiones que van mucho más allá del hacer en las ocupaciones y está en consonancia con planteamientos basados en la comprensión de que las familias, los grupos y las comunidades hacen con y para los y las demás²⁰. La infancia participante valoró por encima de todo lo anterior el aprendizaje vinculado a las actividades, lo que conecta con uno de los activos personales mencionados en la literatura especializada “compromiso con el aprendizaje”²¹. Además, vincularon la realización de ocupaciones significativas con el bienestar, una de las bases de la Terapia Ocupacional, que refuerza la consideración de las ocupaciones como activos para la salud⁶. Las niñas y niños destacaron la importancia de poder elegir las ocupaciones; Galvaan²² cuestionó el concepto de las elecciones ocupacionales, mostrando que en contextos de gran vulnerabilidad las ocupaciones están prácticamente “predestinadas”, lo que determina la supresión de oportunidades para el acceso a este tipo de activos para la salud.

Se observó un desequilibrio ocupacional, ya que las personas participantes manifestaron que el tiempo dedicado al colegio y tareas escolares es mucho mayor que el que dedican a ocupaciones de juego y ocio, problemática ya identificada previamente y que implica dificultades de atención a las necesidades sentidas de la infancia²³.

Otro hallazgo importante fue que las niñas situaban la vivienda entre los activos en mayor medida que los niños. Esto puede interpretarse como una persistencia de los roles tradicionales de género, como señalan otros estudios⁶.

La infancia participante percibió que la pobreza y el racismo son lo que más dificulta su acceso a la salud y el bienestar. Las niñas, probablemente porque les afecta más directamente, consideraron el machismo como barrera en mayor medida que los niños. Propusieron acabar con las barreras para el acceso a la salud y el bienestar (pobreza, racismo, machismo) y la accesibilidad universal con recursos gratuitos, ayudas y becas. Todo ello apunta a que a esta edad ya existe una conciencia acerca de los determinantes sociales de la salud, poco estudiada hasta el momento, en la que se debería profundizar.

En el discurso apareció inseguridad en el barrio, alusiones al miedo de las familias y sus efectos en la posibilidad de independencia y desplazamientos en el barrio, mayores en el caso de las niñas. Otros estudios destacan que el miedo de las familias en contextos urbanos provoca una disminución de los desplazamientos activos y la práctica de ejercicio físico, sobre todo en las niñas, con consecuencias para su salud²⁴.

Parques y zonas verdes fueron considerados como activos por constituir lugares para la relación y la convivencia como mostraron estudios previos^{4-6,11}.

Las personas participantes expresaron la creencia de que la ayuda mutua y el trabajo conjunto puede mejorar las cosas y el orgullo de vivir en un barrio solidario. Esto está en línea con estudios que reportaron que infancia y adolescencia valoran componentes que generan capital social, ligado a la capacidad de la comunidad para enfrentar la adversidad conjuntamente y movilizar sus propios recursos^{4,11}.

Entre las **limitaciones** de este estudio encontramos que su desarrollo vinculado al colegio provocó algunos sesgos en los resultados iniciales, que pudieron ser detectados gracias a la profundización en sesiones posteriores. Otra limitación vino derivada de enviar los consentimientos informados por escrito a través del colegio, ya que los que volvieron firmados no representaban la diversidad de la población. Se superó esta limitación accediendo a las familias personalmente

para explicar el proyecto. Se tuvo que adaptar la metodología para fomentar la participación respetando las medidas sanitarias vigentes por el COVID-19.

Las **fortalezas** de esta investigación se relacionan, sobre todo, con la posibilidad de escuchar las voces de la infancia a través de la metodología photovoice. En el proceso, además se avanzó en la oportunidad de que las personas participantes fueran sintiéndose interlocutoras válidas¹⁰.

Además, el estudio va más allá de los activos internos y profundiza en la interrelación entre activos, capital social y desarrollo comunitario, como se recomienda en la literatura especializada^{2,4} y, como última fortaleza, se ahonda en la interconexión entre el modelo de activos y la Ciencia y la Terapia Ocupacional que ha sido escasamente desarrollada hasta la fecha.

Conclusiones

Los resultados de nuestra investigación destacan la capacidad de las personas de 10-13 años para reconocer la influencia de los determinantes sociales en su salud y realizar propuestas adaptadas a su contexto. Existe una importante vinculación entre la salud y el bienestar de la infancia y la pertenencia y la disponibilidad de redes incondicionales de apoyo emocional, como familia y amistades. Las ocupaciones significativas promueven su salud y bienestar.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La escasa participación de la infancia en la identificación de sus activos para la salud y propuestas para fomentarlos constituye un obstáculo para la implementación de estrategias de promoción de la salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio proporciona un abordaje metodológico a través de photovoice que permite a la infancia desplegar sus capacidades para identificar activos y formular propuestas de mejora y de reducción de las desigualdades en salud.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Las voces de la infancia son importantes para el desarrollo de enfoques basados en activos y su participación y el fomento de su empoderamiento puede tener efectos positivos en la creación de futuras comunidades saludables.

Referencias bibliográficas

1. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz-Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets – the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:721-723. <http://doi.org/10.1136/jech-2014-205096>
2. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, et al. Health assets in a global context: A systematic review of the literature. *BMJ Open*. 2019;9:e023810. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
3. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista FUNDESFAM*. 2010;2.
4. Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan A, et al. Health assets for adolescents: opinions from a neighborhood in Spain. *Health Promot Int*. 2015;30(3):552–562. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
5. Whiting LS, Kendall S, Wills, W. Rethinking children’s public health: the development of an assets model. *Critical Public Health*. 2013;23(2):146-159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>
6. Vidal-Sánchez MI, Laborda-Soriano AA, Cambra-Aliaga A, et al. Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families’ Perception. *OTJR: Occup Particip Health*. 2021;41(3):185-195. <https://doi.org/10.1177/15394492211011188>
7. Botello B, Hernán M. Opiniones de los jóvenes sobre su salud y salud mental en Huelva según el modelo de activos. XIII Congreso SEESPAS. *Gac Sanit*. 2008;23(Espec. Congr 1):96-97.
8. Calmeiro L, Camacho I, Matos MG. Life satisfaction in adolescents: The role of individual and social health assets. *Span J Psychol*. 2018;21(e23): 1-8. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.24>.
9. Hernán-García M, Marcos-Marcos J, Botello-Díaz B, et al. Childhood, families and the Internet: a qualitative approach on health assets. *Gac Sanit*. 2021;35 (3):236-242. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.006>
10. Vaccarino-Ruiz SS, Gordon DL, Langhout RD. Toward the democratization of knowledge: Using photovoice, social biography, and the “five whys” in YPAR with children. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*. 2021;Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cdp0000457>
11. Eriksson M, Dahlblom K. Children's perspectives on health-promoting living environments: The significance of social capital. *Soc Sci Med*. 2020; 258(2):113059. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113059>
12. Cubillo-Llanes J, Botello-Díaz B, Gea-Caballero V, et al. Activos: de los mapas al territorio. Informe SEESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32(S1):98–102. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.006>
13. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013;27(2):180-3. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
14. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30(S1):93-98. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

15. Wang CC. Youth participation in photovoice as a strategy for community change. *Journal of Community Practice*. 2006;14(1–2):147-161. https://doi.org/10.1300/J125v14n01_09
16. Barakat RDM, Caprara A. Ecobiosocial approach and health promotion at school: building knowledge for community surveillance in *Aedes aegypti* control. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e190805 <https://doi.org/10.1590/interface.190805>
17. Bird M, McKernan C, Montemurro G, et al. “Sleep is healthy for your body and brain.” Use of student-centered photovoice to explore the translation of sleep promotion at school to sleep behavior at home. *Sleep Health*. 2021;7(5):588-595. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.05.006>
18. Wang CC, Burris MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav*. 1997;24(3):369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
19. Hergenrather KC, Rhodes SD, Cowan CA, et al. Photovoice as community-based participatory research: a qualitative review. *Am J Health Behav*. 2009;33(6):686–98. <https://doi.org/10.5993/ajhb.33.6.6>
20. Hocking C. Occupation in context: A reflection on environmental influences on human doing, *Journal of Occupational Science*. 2020;28(2):221-234. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1708434>
21. Search Institute. El enfoque en los elementos fundamentales, 40 elementos para un desarrollo sano. Search Institute. 2006. <http://www.parentfurther.com/sites/default/files/pf-da-spanish.pdf>.
22. Galvaan R. The contextually situated nature of occupational choice: Marginalised young adolescents’ experiences in South Africa. *Journal of Occupational Science*. 2014;22(1):39-53. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.912124>
23. González-Lagos DP, Leal-Barriga GE, Monsalves-Ferrada NL, et al. El régimen de jornada escolar completa y la participación en el juego: una política pública en deuda con los niños y niñas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2017;17(1):49-56. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.46377>
24. De Meester F, Van Dyck D, De Bordeaudhuij I, et al. Parental perceived neighborhood attributes: associations with active transport and physical activity among 10–12-year-old children and the mediating role of independent mobility. *BMC Public Health*. 2014;14(631). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-631>

TABLAS

Tabla 1. Descripción de las personas participantes



CURSO ESCOLAR	2019-2020	2020-2021
CURSO	5º primaria	6º primaria
EDAD	10-12 años	11-13 años
PARTICIPANTES (N)	58	54
Niñas	26 (45%)	24 (44%)
Niños	32 (55%)	30 (56%)

Tabla 2. Estructura de las sesiones con infancia

SESIÓN	CONTENIDOS	FECHA DE REALIZACIÓN	PARTICIPANTES	ADULTAS EN EL AULA
S1	Presentación y entrega de consentimientos para ser firmados por las familias/tutores legales	Noviembre de 2019	18-21 por grupo TOTAL: 58	- Tutora - Investigadora principal TOTAL: 2
S2	Recoger consentimientos y explicar nociones básicas fotografía, ética en la realización de las fotos y photovoice. Entrega de cámaras	Diciembre de 2019	18-21 por grupo TOTAL: 58	- Tutora - Fotógrafa - Investigadora principal - 2 observadoras TOTAL: 4
S3	Selección de fotos y puesta en común	Enero-febrero de 2020	18-21 por grupo TOTAL: 58	- Tutora - Investigadora principal - 3 dinamizadoras TOTAL: 5
S4	Sesión retorno y recordatorio. Proyección de fotos seleccionadas y video de agradecimiento. Cuestionario individual	Mayo-junio de 2021	17-20 por grupo TOTAL: 54	- Tutora - Investigadora TOTAL: 2
S5	Puesta en común de	Junio de 2021	17-20 por grupo	- Tutora

cuestionario individual.	TOTAL: 54	-	Investigadora
Grupo de discusión alrededor del tema “Propuestas de mejora”			TOTAL: 2

Tabla 3. Temas emergentes en las fotos seleccionadas por las personas participantes

	DESARROLLO	TÍTULOS ILUSTRATIVOS	FOTOGRAFÍAS
TEMA 1: “Colegio y profesorado”	<p>En esta categoría se incluyó, sobre todo profesorado, destacando una figura sobre todas las demás, entre los títulos aparecían alusiones al mejor docente. Otras figuras del profesorado aparecieron vinculadas a la materia que impartían, especialmente la educación física.</p> <p>Los aspectos más vinculados al bienestar fueron el patio, los juegos y se rescataban elementos asociados con la identidad del aula como peluches, esqueletos con disfraz y nombre propio y producciones del alumnado</p>	<p>“La mejor profe” “Superprofe” “X mola” “Un día más con X” “Me encanta E.F” “En el patio”, “Los juegos de clase”, “Pepe el esqueleto”, “Los dibujos de los pros” “Para una amistad ∞”, “La amistad continúa”, “Locas happy”, “El grupo 7”, “Los increíbles”, “Con ella me siento mucho mejor” (foto)</p>	
TEMA 2: “Amigas y Amigos”	<p>Todas las personas participantes seleccionaron alguna foto con amigas/os y los títulos aludían a la eternidad de la amistad, la pertenencia y la identidad compartida y a cómo les hacía sentir mejor</p>	<p>(foto)</p>	

TEMA 3:
"Actividades"

Destacaron las actividades relacionadas con deportes y actividad física (Kárate, baloncesto, patinar, Datchball) en algunos casos ligadas al esfuerzo y al logro. También seleccionaron jugar a juegos de mesa, leer, bailar y cocinar.

TEMA 4:
"Familia"

Destaca la presencia de abuelas, incluso alguna bisabuela, seguida de padres, madres y hermanos y hermanas y sobrinas, algunos títulos reflejan la importancia dada a esta dimensión.

TEMA 5:
"Parques y zonas verdes"

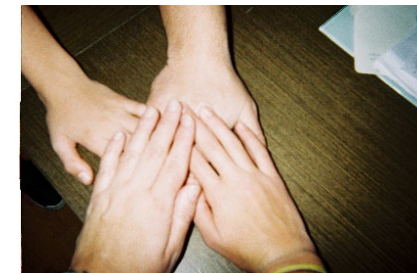
Varias zonas verdes y parques del barrio fueron seleccionadas como relacionadas con su bienestar, haciendo hincapié muchas de ellas en la naturaleza. Otros títulos y comentarios apuntaron a la significatividad de esos lugares por los buenos momentos asociados a los mismos.

"A cuatro ruedas"

"Jota" "Como cuando se te sale el alma" "Directa al aro" (foto) "El mejor día de Datchball", "Patinar con mi amigo es muy importante"



"Yayeando" "Mis yayas" "Amo a mis sobrinas" "Mi familia es lo primero" (foto)



"Campo de margaritas" "El bosque" "El canal de mis sueños", "El parque de la diversión" "La paz es ley" (foto)



TEMA 6:
“Casas y cosas”

En esta categoría se englobaron los activos de las viviendas en sí y las posesiones materiales identificadas como positivas por las y los participantes, casi todas relacionadas con actividades y hobbies

“Mi cuarto”, “Mis camisetas”, “La villa de los pops”, “la casa de los sueños” (foto)



TEMA 7:
“Mascotas”

Las y los participantes destacaron el valor emocional de la relación con los animales y lo bien que se sentían junto a estos.

“Animaleando” “Mi gata sabrina”
“Perros de la noche” (foto) “El hámster y su jaula”



TEMA 8:
Otros lugares del barrio

La infancia participante seleccionó también otros lugares del barrio asociados a su bienestar, algunos fueron vinculados con las actividades que allí se realizaban y otros fueron reivindicados como espacios necesarios para la expresión.

“Una tarde en la Kike Mur” (foto)
“Diversión en los scouts”
“Las mujeres al poder: grafiti”



Tabla 4. Lo más importante para su salud y felicidad

TEMA	% TOTAL (N)	% NIÑAS (n)	% NIÑOS (n)	RAZONAMIENTOS
FAMILIA	82,9% (43)	81,5% (19)	83,8% (24)	<p>“Familia es apoyo emocional”.</p> <p>“Siempre están ahí para ayudar”. “Es gente que te acompaña”. “Con ellos tienes más confianza”. “Es lo más importante para mí”. “Es tener a alguien”. “Es amor”. “Te acogen y te cuidan”. “Siempre está ahí para apoyarte”. “Para mí mi familia siempre va primero”. “Son las personas a las que quiero”. “Sin ellos no puedo vivir”. “Jugamos juntos y me lo paso bien”. “Nos cuidan y nos animan”. “Porque les quiero mucho”. “Sólo ellos te ayudan”. “Son los que te han criado”</p> <p>“Es apoyo emocional”. “Con ellos me divierto”. “Son para siempre”. “Los mejores momentos casi todos son con ellos”. “Es muy agradable estar con los amigos”. “Estás más acogido”. “Son los que te entienden”. “Siempre te ayudan”. “Me apoyan siempre”. “Es la gente que quiero”</p>
AMISTADES	71,5% (36)	64,9% (14)	77,4% (22)	<p>“Sin una vivienda digna puedes enfermar”. “Tener vivienda para protegerse”. “Tener una casa me hace sentir bien”. “No tengo habitación propia”. “En mi casa me siento segura”. “Si no tengo</p>
VIVIENDA (acogedora, sin frío ni calor y con cuarto propio)	36,6% (18)	47% (10)	28,6 % (8)	

				me muero". "Porque paso mucho tiempo en casa y me gusta estar cómoda". "No hay que estar incómodo en tu propia casa". "Si no no podría dormir tranquilo". "Me parece necesario tener estabilidad y no compartir cuarto con mi hermana".
				"No te tienen que obligar a hacer cosas que no te gusten".
				"Si no las haces te sientes encerrada". "Para poder desconectar". "Me lo paso superbién". "Es lo que yo puedo hacer sin que nadie me obligue". "Para no aburrirse".
				"Me sirve para desestresarme, me relaja y me gusta". "Me distraen de las cosas que me enfadan".
				"Son apoyo emocional".
				"Cuando las profes me ayudan me hacen muy feliz". "Son majas". "Depende del profe te sientes bien en el cole o no".
				"Te enseñan cosas". "Gracias a ellas aprendes".
				"Por los amigos y por aprender cosas". "Ahí tengo a mis amigos". "Así puedo tener un futuro". "Es necesario estudiar".
				"Si no no tienes trabajo".
				"Estar en un lugar seguro es de las mejores cosas que hay".
				"Hay muchos secuestradores".
				"Yo soy chica y mi padre es muy
ACTIVIDADES (Hacer cosas que me gusten y/o sean importantes)	22,3% (11)	23,2% (5)	21,4% (6)	
PROFESORADO	20,2% (10)	14,3% (3)	24,9%(7)	
COLEGIO	18,2% (9)	18,5% (4)	17,8% (5)	
SEGURIDAD Y LIMPIEZA (barrio como	16,2% (8)	19,2% (4)	14,3% (4)	

lugar seguro y limpio)	sobreprotector". "No puedes tener miedo al salir de casa, ni tampoco asco". "Si sales a la calle con miedo es un gran problema. Si el barrio es oscuro y sucio no te sientes cómoda y es fatal". "Nuestro barrio está muy sucio". "Es superimportante para nuestra seguridad y para nuestra independencia". "No salgo de casa"
------------------------	--

Tabla 5: Aspectos importantes para que las actividades produzcan bienestar

ASPECTO	MEDIA	DE
“Aprender cosas”	4,13	1,00
“Que mi familia se sienta orgullosa de mí”	3,98	1,14
“Hacerla con gente con la que me siento a gusto”	3,94	0,72
“Hacerla con amig@s”	3,54	0,82
“Sentir que la hago bien”	3,52	1,00
“Salir de casa para hacerla”	2,72	1,05

Tabla 6. Propuestas de mejora para la promoción de la salud infantil en el barrio

DIMENSIÓN	EXPLICACIÓN Y CITAS
<p>Convivencia</p> <p>Igualdad de oportunidades:</p>	<p>Acabar con los determinantes que asocian directamente con una peor convivencia (machismo, pobreza y racismo). “Cambiar a las personas” a través de “más educación para tod@s”, “RESPETO” y “cuidarnos los unos a los otros”, “Intentar acercarse y conocer a las y los vecinos, hablar más y ser más “simpáticos”, “tolerantes”.</p> <p>Mayor oferta de actividades y recursos en el barrio, gratuitas o accesibles económicamente donde poder “juntarse”, por ejemplo: “más mesas de pingpong”, “barbacoas”, “club de videojuegos”.</p> <p>Hay quien afirma “Creo que es imposible” y quién dice “más o menos ya las tienes”.</p> <p>Estudios como posibilidad de acceder a las oportunidades, proponen becas y ayudas para quien las necesite “aunque no tengan buenas notas”. Hay que conseguir la “igualdad” y acabar con el machismo y proponen también “mismo trabajo, mismo salario”. Quien pueda que “done dinero para ayudar”</p>
<p>Accesibilidad</p> <p>Seguridad</p>	<p>Accesibilidad económica “bajar los precios” “Que sean gratis”</p> <p>Que haya mayor oferta en el barrio</p> <p>Referencias a la inseguridad (“hay muchos secuestros”, “delincuencia”, “roban”. Algunos, sobre todo niñas, proponen “no salir de casa” y “no fiarte de nadie que hayas conocido en las redes”. Otros afirman que se sienten seguros: “El barrio para mí es seguro porque aquí vive toda mi familia”. Las niñas son las únicas que aportan sugerencias de mejora basadas en la sensibilización como: “campañas sobre ir seguros por las calles para concienciar a la gente y que nos respetemos”, “lanzar el mensaje de que las calles son seguras”.</p> <p>Hay propuestas en el sentido de “más vigilancia”, “más policías” “que estén activos” y “más cámaras”, pero el grupo reflexiona sobre esto: “las cámaras son cámaras de controlar la vida”. Apuntan que lo que hace falta son “más trabajos y mejores sueldos para que la gente no tenga que robar”. Importancia de una mayor seguridad vial “que sí o sí, pongan semáforos, más de una vez casi me atropellan porque no había semáforos”.</p>
<p>Espacios</p>	<p>Esos lugares “ya existen” y lo que habría que hacer es “cuidarlos más”, tanto desde las instituciones como “ayuntamiento”, como desde la población a través de “patrullas ecológicas por ejemplo”, proponen “leyes que obliguen a cuidar los espacios del barrio”, “más mesas”, “bancos mejores”, “más papeleras con tapa”, “más cubos de basura” y “que la gente recoja las cacas de los perros”, se apuntó también a la necesidad de remodelación de algunos espacios.</p> <p>Otras personas participantes pidieron “más cosas en el barrio, “más espacios verdes”, “parques más naturales” y “con más árboles”, “menos civilización”, “más piscinas” “gratuitas”, “espacios para más deportes, no sólo fútbol”, “un centro que ofertara actividades que se pidieran, (siempre que fueran razonables)”, “una sala de estar para todos”, “ferias”, “parque acuático”, “heladería”, “churrería” ... En este punto, hay lugares que, como afirman algunas participantes “ya existen”, pero otras personas no los conocen. En otros casos, los conocían, pero no podían acceder como ilustra la transcripción de este momento grupal: “Un parque grande” “Pero si el parque grande está aquí cerca” “A mí no me dejan ir sola”.</p>

Otras:

Algunos afirman que ese lugar seguro es “su casa” y hay alguna propuesta que apunta a “hacerlos tú mism@”.

Orgullo de su barrio porque se lucha por la igualdad y los derechos, poniendo el ejemplo de murales y grafitis que reivindican la diversidad o el empoderamiento de las mujeres “Hace que me guste más mi barrio”.

En el cuestionario individual, son muchas más las aportaciones de las niñas que de los niños. “Tener los mismos derechos todas y todos”. “Que no todo sea colegio y que piensen que hay vida fuera del colegio, que tenemos vida social”. “Que escuchen las ideas de todos”. “Donaciones para que las cosas se puedan hacer”. “Que en cada barrio haya un poco de todo, no todo en el centro”. “Un alcalde honesto”.

TÍTULO: Perspectivas profesionales ante los activos para la salud de la infancia en un barrio: Un estudio Delphi.

AUTORÍA: M^a Isabel Vidal-Sánchez^{a*}; Pablo Antonio Cantero-Garlito^b; Ángel Gasch-Gallén^a

Filiación:

a. Departamento de Fisiatría y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

b. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla La Mancha, Talavera de la Reina, España.

Palabras clave: Infancia, Activos para la salud, Promoción de la salud, Salud comunitaria, enfoque basado en activos, Terapia ocupacional, Investigación cualitativa, Delphi.

Keywords: Childhood, Health assets, Health promotion, Community health, Assets-based community development model, Qualitative research, Delphi.

INTRODUCCIÓN:

El enfoque salutogénico y el modelo de activos [1] son esenciales para la promoción de la salud asociada a una visión más positiva, holística y compleja de la salud, considerándola un derecho humano fundamental [2,3]. El enfoque basado en activos supone promover la capacidad de agencia de las personas y comunidades en el manejo y control de su salud [1,4,5].

El enfoque basado en activos para la salud está centrado en desarrollar las fortalezas y capacidades de las comunidades para favorecer su bienestar, el control de su salud y requiere que éstas se involucren plenamente [8,9]. La evidencia emergente sobre prescripción social o recomendación de activos muestra beneficios en el bienestar emocional, la salud física y el estilo de vida, la reducción del aislamiento y la soledad, el aumento de autoestima, empoderamiento, satisfacción, sociabilidad, habilidades de comunicación, mejora de la red social, motivación, optimismo sobre el futuro, adquisición de aprendizajes y nuevos intereses, así como mejoras en el uso de los servicios de salud [5-7].

Bradley y Scott [10] señalan que la TO tiene, desde sus orígenes, una dilatada trayectoria en la recomendación de actividades para mejorar la salud y el bienestar de personas, grupos y comunidades. Además, los enfoques y paradigmas actuales de la TO y la Ciencia Ocupacional (CO) incorporan la importancia de las conexiones sociales (“hacer con” y “pertenecer”) y de los contextos y entornos tanto físicos como sociales para que las ocupaciones sean verdaderamente beneficiosas para la salud y el bienestar [11].

Los activos para la salud ayudan a reducir las desigualdades en salud [12]. Estas desigualdades están asociadas a los determinantes sociales de la salud y algunos de los ejes que las provocan son: el género [13], la etnia, el origen y la clase social [14]. Con respecto a la etnia, en España (al igual que en toda Europa) el Pueblo Gitano es la minoría étnica más numerosa y sufre una clara situación de desigualdad en salud, tanto en salud percibida como en estilos de vida y en el acceso a determinados servicios de salud. También son el sector de la sociedad que percibe más prácticas discriminatorias en su vida cotidiana [15, 16].

La competencia intercultural es uno de los modelos más integrales para facilitar el encuentro entre el profesionales y sistemas sanitarios y sociales y las diferentes identidades culturales [15]. Arza y Rodríguez [15] identificaron dos modelos de los profesionales hacia la competencia intercultural con la población gitana: modelo de apertura, que implica la toma de conciencia sobre la importancia de la interculturalidad, cuestionamiento constante, proactividad, bidireccionalidad y alianzas con la comunidad gitana. El modelo de bloqueo, por su parte, se concibe como un discurso “ciego” denominado “gitanopía”, caracterizada por el sobredimensionamiento del factor cultural, que abusa del culturalismo (atribuyendo a la cultura y a supuestas herencias y costumbres ancestrales cualquier desajuste o dificultad) [15]

Por otra parte, tanto el origen como la condición migratoria, están asociados a desigualdades en salud, incluso en generaciones posteriores [17]. En España, y otros lugares europeos, se evita utilizar el concepto de raza como objeto de análisis, por considerarlo un concepto discriminatorio. Rodríguez-García et al. [18], afirman que, aunque es cierto que se trata de un constructo social y que la clasificación en razas no tiene ninguna base científica, este persiste como fuerte eje de desigualdad en el imaginario colectivo. Centrándose en la población afrodescendiente, las autoras [18] señalan que este eje de desigualdad provoca la estigmatización de las personas racializadas, que se extiende generación tras generación, incluso en el seno de familias mixtas (españolas-africanas).

Para poder tomar en consideración todos los determinantes sociales nombrados anteriormente, resulta de utilidad el enfoque interseccional [19] que proporciona un abordaje integrado y que se basa en cuestionar y rebatir la jerarquización y compartimentación de los marcadores sociales que actúan como ejes de desigualdad y opresión (género, clase, raza, etnia, procedencia, discapacidad, orientación sexual, otros).

La infancia y la juventud son etapas cruciales para sentar las bases de un desarrollo saludable [20]. Existen escasas publicaciones que recojan la percepción de profesionales, en el marco del enfoque de los activos para la salud de la infancia, contextualizados en una comunidad. Los hallazgos de estas apuntan a la identificación como activos de los entornos físicos saludables (es

especial las zonas verdes) y los servicios sanitarios y sociales [21] y reconocen los factores socio-económicos y culturales. Entre estos factores destacan la pobreza, la falta de educación [21,22], las barreras lingüísticas y la aculturación de personas no pertenecientes a la cultura dominante [22]. Se considera que la falta de servicios es una de las grandes barreras para el acceso a la salud y los activos [21,22] Se recomiendan la educación para la salud [22], la mejora de las políticas sanitarias y de los servicios sociales, sanitarios y educativos [21,22] que deben ser competentes culturalmente [22].

En las publicaciones sobre activos para la salud infanto-juvenil se identificaron activos internos y externos [23-26]. Whiting et al. [24] identificaron, en su estudio con participantes de 9-11 años, un activo estabilizador ("*Being a family*") y once básicos (internos y externos). Los hallazgos de otras investigaciones vincularon el bienestar a la participación en ocupaciones y reportaron la influencia del rol de género y otros determinantes sociales en la identificación, valoración y acceso a los activos de la infancia de una comunidad local [25]. Eriksson et al. [27], mostraron que los lugares donde la infancia vive, crece y juega tienen gran influencia en su salud y bienestar e incorporaron el concepto de capital social para profundizar en la comprensión de la interrelación e interacción entre los factores materiales y sociales en una comunidad.

El principal objetivo de este trabajo fue describir la perspectiva de personas expertas de una comunidad local respecto a 1) la Identificación y acceso a los activos para la salud de la infancia y 2) Propuestas para fomentar la salud y bienestar de la infancia en esta comunidad.

2. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Diseño cualitativo con metodología Delphi.

El método Delphi es un método sistemático que tiene como objetivo lograr un consenso a través de la discusión de personas expertas, mediante un proceso iterativo. La utilización de esta herramienta se aconseja en los casos en los que existe escasa evidencia empírica, predominan los factores subjetivos y los datos son vagos. La participación anónima, la heterogeneidad de participantes y la

iteración y retroalimentación resultan en una alta fiabilidad, flexibilidad, dinamismo y validez y evitan sesgos derivados del control del discurso o la desigualdad de representatividad de unas personas participantes sobre otras [28].

CONTEXTO:

El estudio se llevó a cabo en el barrio de Torrero-La Paz de Zaragoza. Zaragoza es una ciudad que cuenta con 666.880 habitantes. Está ubicada en el noreste de España.

Torrero-La Paz es un barrio obrero que creció a partir de 1950 con la llegada de familias gitanas y de familias que emigraron desde otros lugares de España, sobre todo Andalucía. Actualmente, en el barrio conviven familias de niveles socioeconómicos, culturas y orígenes muy heterogéneos. El Pueblo Gitano constituye la principal minoría étnica dentro del barrio y las personas migrantes suponen el 16% de la población total. A nivel urbanístico se pueden observar también grandes desigualdades entre las viviendas y calles de nueva construcción y las antiguas. El barrio es uno de los pulmones verdes del casco urbano de Zaragoza, ya que en él se encuentran los Pinares de Venecia y el Canal Imperial. Actualmente es uno de los distritos de la ciudad mejor comunicados por transporte urbano. De personalidad luchadora y reivindicativa por tradición, este barrio es reconocido en la ciudad como uno de los de mayor impulso popular, por su alto número de actividades, proyectos y asociaciones en proporción a su tamaño [29].

PARTICIPANTES:

Esta investigación está centrada en recoger la opinión de personas expertas en la salud y bienestar de la infancia de esta comunidad que fueron seleccionadas por su trayectoria profesional con este colectivo y/o sus familias. En la identificación de informantes clave para su participación en el **panel de personas expertas** se siguieron los siguientes pasos:

- Identificación de recursos, servicios y profesionales que trabajan con infancia

- Identificación de recursos conocidos y utilizados por la infancia del barrio y sus familias
- Contacto telefónico y entrevistas presenciales con agentes clave de la comunidad
- Recopilación de contactos de posibles informantes clave

A partir de estos datos, a través de un muestreo por conveniencia, se preseleccionó a un grupo de informantes clave elevado en previsión de las posibles pérdidas durante el estudio, contactando con **40 profesionales** de la educación formal y no formal, sanidad y servicios sociales que debían cumplir el siguiente criterio de inclusión:

- Tener una experiencia mínima de un año y medio en el trabajo directo con infancia y familias del barrio

Tras el establecimiento de contactos con los **40** posibles informantes clave y el envío de dos cartas de presentación e información sobre el estudio, **30** de las personas expertas contactadas aceptaron colaborar en el estudio. Tras conocer la temporalización y compromiso requerido para su participación fueron **25** las personas expertas participantes. (Ver **figura 1** y **Tabla 1**)

MÉTODOS:

Se realizaron **tres entrevistas en profundidad**, una para cada ámbito de intervención: social, sanitario y educativo, cuyos resultados fueron utilizados como base para el **estudio Delphi**, realizado con el objetivo de buscar el consenso de profesionales de diversos ámbitos acerca de su percepción sobre la identificación y acceso a los activos para la salud de la infancia del barrio y de la propuesta y priorización de acciones de mejora a implementar en ese contexto en concreto [28].

Entrevistas en profundidad: se diseñó una entrevista semiestructurada [30] que fue administrada a tres profesionales de los ámbitos de intervención con infancia y familias identificados en el barrio (sanitario, social y educativo) y sirvió como una de las bases para la elaboración del cuestionario Delphi. El guion de la entrevista incluyó: edad, sexo, profesión, vinculación con el barrio, años de experiencia en esta comunidad e interés en el tema; preguntas abiertas sobre el concepto de salud, el estado de salud de la infancia del barrio, recursos, factores

y características del barrio que propician la salud de la infancia y lo que falta, opinión sobre en qué medida algunos recursos y factores, dados por la entrevistadora, favorecen la salud de la infancia y propuestas de acción para mejorar la salud de la infancia del barrio, priorización de las mismas y agentes y redes necesarios para llevarlas a cabo

Cuestionario Delphi: Diseñado ad hoc para esta investigación basándonos en la bibliografía especializada y los resultados de las entrevistas en profundidad. En la **primera ronda** el cuestionario incluyó: datos socio-demográficos de las personas participantes (sexo, ámbito de intervención, profesión, años de experiencia en el barrio, población/es con la/s que desempeñó su labor en los últimos 5 años y si reside en el barrio) y 60 ítems sobre activos, acceso a los mismos y a la salud y bienestar de la infancia (barreras y facilitadores), incluyendo un apartado específico sobre ocupaciones, y propuestas de mejora

La **segunda ronda** se realizó con el objetivo de alcanzar el consenso entre participantes. Este cuestionario constó de 12 ítems

PROCEDIMIENTO:

Las entrevistas en profundidad, de aproximadamente una hora y quince minutos de duración, se realizaron en el año 2020 y los resultados fueron utilizados, junto a la literatura especializada, para elaborar el cuestionario del estudio Delphi contextualizándolo en la comunidad local del estudio.

Cuestionario Delphi, fue administrado en dos rondas a través de la herramienta Web Formularios de Google de la universidad de Zaragoza.

La información se remitió a través de correo electrónico y se puso a disposición de las personas participantes un teléfono de consulta y un correo electrónico del equipo de investigación para cualquier requerimiento.

El estudio Delphi Se realizó mediante un proceso multietapa iterativo, en el que cada ronda se fundamenta en los resultados previos obtenidos. La información de respuesta de cada participante se almacenó en la base de datos creada para el estudio tras su recepción por correo electrónico.

Para responder a la **primera ronda** se estableció un plazo de cuatro semanas, en mayo-junio de 2021 con un recordatorio semanal vía correo electrónico y/o teléfono.

El equipo investigador, tras analizar las respuestas, elaboró el cuestionario para la **segunda ronda**, con el objetivo de alcanzar el consenso entre participantes. Este cuestionario constó de 12 ítems y se estableció un plazo de tres semanas, en septiembre-octubre de 2021, para responderlo, realizando un recordatorio semanal vía correo electrónico y/o teléfono.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio recibió el dictamen favorable de CEIC Aragón (CEICA).

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Perspectiva de las personas expertas respecto a Identificación y acceso a los activos para la salud y bienestar de la infancia

Identificación de activos para la salud y el bienestar de la infancia

En la **primera ronda** las personas participantes consideraron que el barrio constituía un buen entorno para el crecimiento sano y feliz de la infancia, pero puntualizaron que, entre las diferentes zonas, unas potencian más que otras la salud y bienestar y también que no todas las niñas y niños del barrio tienen entornos favorables, señalando las grandes diferencias que se dan:

“En esta clase hay niñas que se van de vacaciones a Tailandia y otras que apenas han salido del barrio”

Los motivos para considerar si Torrero-La Paz es o no un buen barrio para la infancia se muestran en la **Tabla 2**.

Los “determinantes de crecimiento sano y feliz” fueron considerados de importantes a importantísimos/fundamentales a excepción de los ítems “Tener talento en algo” y “Disciplina”. Los más valorados fueron: “Seguridad física (sentirse a salvo)”, “Acceso a la educación” y “Acceso a la sanidad”; seguidos, en este orden, por “Comunicación en la familia fluida y pacífica”, “Tener personas

que les quieran mucho”, “Vivienda digna”, “hacer actividades que sean importantes para ellos/as”, “Acceso a la cultura” y “Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas)”.

Las personas expertas participantes añadieron otros aspectos que consideraban determinantes del crecimiento sano y feliz de la infancia que fueron recopilados para buscar el consenso en la **segunda ronda**, en la cual lo más importante/fundamental para el crecimiento sano y feliz de la infancia fue la “Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas)” seguida de la “Seguridad física (sentirse a salvo)” y “Tener personas que les quieran mucho”. No obstante, las personas participantes señalaron la dificultad de elegir sólo un determinante, aludiendo a la complejidad del contexto y a la interrelación e interacción entre determinantes:

“Es muy difícil seleccionar solo una, contado además con la multiculturalidad / diferencias socioeconómicas de las familias del barrio”.

“Considero que no solo hay un aspecto muy importante, sino que son varios que convergen entre ellos para influir de manera positiva en la salud y el bienestar”.

“Es difícil considerar solo un aspecto, por lo que me he obligado a primar lo económico sobre otros ámbitos que también son fundamentales”.

También puntualizan la importancia de la “base emocional” y de que no es solo tener personas que le quieran, sino “sentirse querido o querida”.

En cuanto a las ocupaciones, todas las personas participantes las relacionan con la salud y el bienestar de la infancia. En la **primera ronda** se otorgó gran importancia, para que una actividad sea considerada beneficiosa para el desarrollo y la salud emocional y mental, a todos los aspectos del formulario, en el orden que se indica: 1º: Que fomente su solidaridad, Que fomente su autonomía, Que su familia se sienta orgullosa y Aprendizaje; 2º. Que le permita desarrollar su creatividad y Sentimiento de pertenencia a un grupo y 3º. Hacer la actividad con amig@s y Sentido de competencia (sentir que lo hace bien), siendo el ítem valorado como menos importante “Que esa actividad le permita salir del entorno familiar”, las personas participantes propusieron además otros aspectos

que se añadieron a la **segunda ronda** para su priorización, los resultados se muestran en la **figura 2**.

Acerca de lo que hay en el barrio más excelente o deficitario respecto a la infancia, en la **primera ronda**, las y los participantes destacaron como excelentes los servicios y recursos sanitarios, sociales y educativos, el acceso a actividades que fomenten su desarrollo, las redes de apoyo y ayuda mutua y las zonas verdes. Por otra parte, lo peor valorado fueron las calles, la vivienda y la posibilidad de un futuro esperanzador y las participantes añadieron, como deficitario, el apoyo emocional dentro de la familia. Los resultados fueron analizados y pasados a la **segunda ronda** para la priorización siendo valorado como lo más excelente las redes de apoyo y ayuda mutua, seguidas de servicios educativos y sanitarios y de zonas verdes y lo más deficitario la posibilidad de un futuro esperanzador y el apoyo emocional dentro de la familia.

Acceso a los activos para la salud

Las personas participantes reconocieron más fácilmente las barreras para alcanzar la salud de la infancia del barrio que los activos que la potencian. Destacaron la falta de acceso a la información y educación para la salud de las familias con menos recursos, la pobreza, la falta de educación y/o información de las familias, la procedencia, las barreras culturales, las calles y las condiciones de las viviendas:

“Las madres dan zumos a sus hijos porque piensan que eso es lo mejor y se gastan un dinero que no tienen”

“Muchos niños y niñas no usan los recursos disponibles porque las familias los desconocen”

“Tenemos un problema para llegar a las familias que tiene que ver con barreras culturales y, a menudo, lingüísticas”

“Hay zonas donde las calles y viviendas no cumplen las condiciones para un correcto desarrollo y salud de niñas y niños”

En la **primera ronda**, al ser cuestionadas por las dificultades para la salud y bienestar de la infancia, las personas expertas participantes hicieron referencia,

de nuevo, a las desigualdades existentes en diferentes sectores de población y en diferentes espacios físicos del barrio, destacando dificultades que tienen que ver con factores socioeconómicos: la falta de recursos y servicios y la dificultad de acceso a estos por parte de algunos sectores de población, la falta información y educación y las barreras culturales y lingüísticas que sufren algunas familias. Los comentarios del panel de expertos/as pueden consultarse en la **Tabla 3**.

La principal barrera identificada, en esta **primera ronda**, para el acceso a la salud y bienestar de la infancia fue la violencia dentro del ámbito familiar por motivos ejemplificados en afirmaciones como estas:

“La violencia genera situaciones incompatibles con el bienestar, en muchos casos permanentes, y construye esquemas mentales y de comportamiento que reproducen la propia violencia” y “no se puede trabajar con el resto de ámbitos”.

Algunas personas participantes situaron esta violencia al mismo nivel que los escasos recursos económicos:

“La exposición a la violencia en el ámbito familiar, me parece un factor de limitación muy grave para el desarrollo saludable (biopsicosocial) de las personas. Al mismo nivel de gravedad que la pobreza o la escasez de recursos económicos”

“El hecho de tener bajos recursos económicos hace que las familias centren sus recursos en otras cosas antes que en la salud de sus hijos e hijas para poder sobrevivir”.

También se identificaron dificultades en el acceso a la salud de la infancia migrante y de etnia gitana.

En la **segunda ronda**, se trató de profundizar en la influencia de cada uno de los factores que condicionaban el acceso a la salud y bienestar de la. La violencia dentro del entorno familiar siguió apareciendo como el principal obstáculo para la salud y bienestar de la infancia, seguida, en segundo lugar, por el bajo estatus social, los escasos recursos económico y la violencia fuera de la familia y, en tercer lugar, por la procedencia de las propias niñas y niños o sus familias. En la

infancia migrante o procedente de familias migrantes, se reflejaron mayores dificultades en la infancia de origen subsahariano y del Norte de África y al mismo nivel de dificultad se situó al Pueblo gitano; en la **Tabla 4** pueden consultarse los motivos a los que las y los participantes asociaron la dificultad de acceso a la salud y bienestar de ambas, en cuanto al Pueblo Gitano, se observan atribuciones de esta dificultad a la “cultura”, “idiosincrasia”, “automarginación”.

Con respecto al género **en la segunda ronda** no se alcanzó el consenso entre participantes: el 40,9 % de las personas expertas consideraron que el hecho de ser niña, por sí solo, sin que se den otros factores o ejes de desigualdad, puede constituir una barrera para el acceso a la salud y bienestar, por motivos como:

“Las niñas, aunque no en todos los casos, son tratadas de manera sesgada por el hecho de ser niñas. Nos queda mucho camino por recorrer en el ámbito de la coeducación”

“Se ven (o se verán) afectadas por el sesgo patriarcal que caracteriza a nuestra sociedad”.

Mientras que el 59,1% consideraron que las niñas tienen las mismas oportunidades de acceder a la salud y el bienestar que los niños si no se dan otros factores socioeconómicos que dificulten ese acceso, aduciendo razones como:

“Tienen las mismas oportunidades”.

“No se trata con desigualdad”.

“Hay trato igualitario”

2. Propuestas de profesionales para fomentar la salud y bienestar de la infancia.

En la **primera ronda** del estudio Delphi, las personas expertas aportaron reflexiones e ideas en torno a diversas dimensiones para mejorar el barrio para la infancia que pueden consultarse en la **Tabla 5**. Se les consultó sobre la importancia de mejorar varios aspectos para influir positivamente en la salud y bienestar de la infancia; los resultados se pasaron a la **segunda ronda** para su

priorización, junto a otras propuestas de las y los participantes, preguntando “¿por dónde empezamos?”. El 50% de las personas participantes consideraron que la primera mejora a realizar debía ser “Proyectos específicos para familias, proyectos en colaboración con asociaciones de colectivos menos favorecidos para promocionar el ocio y la salud” seguida de las siguientes en el orden que se indican: 2º) “Más educación para familias” y “Colegios activos”, 3º) “Más servicios sociales” y “Aumentar la participación social/comunitaria” y 4º) “Mayor coordinación y colaboración”. Además, consideraron también importantes como puntos de partida “Entender el bienestar no como tener más, sino con ser y sentirse mejor” y “Presupuesto para infraestructuras”

Las profesionales destacaron la motivación de las y los profesionales que trabajan con infancia y la necesidad de visibilizar los recursos y acciones que ya están en marcha, de mejorar la coordinación entre los diferentes recursos, la planificación y el seguimiento. Del mismo modo, apuntaron la necesidad de Tomar en consideración aspectos socio-económicos e infraestructura y el apoyo de las administraciones para mejorar los servicios y aportaron propuestas concretas para trabajar con las familias:

“Estas propuestas me sugieren que hay muchos profesionales y gente implicada en el barrio por mejorar las cosas y que habría que dar más visibilidad a todo esto”.

“Coordinación de los recursos que trabajan con infancia para seguir una línea común de intervención y poner en marcha las propuestas”.

“Me parecen propuestas que van en la buena dirección, pero requieren de un trabajo de planificación profundo, participado e integrado, que no pierda de vista aspectos como el urbanístico o los que exceden al barrio, como la situación y estructura socioeconómica”.

“Para mí lo más importante sería redoblar los esfuerzos en el trabajo con las familias”.

“Programas de parentalidad positiva desde la escuela o desde sanidad, mejor desde la escuela”.

“Todas las propuestas me parecen muy buenas, pero faltan recursos económicos y personales para llevarlas a cabo”.

DISCUSIÓN

Esta investigación pretendía explorar la visión de profesionales expertos del ámbito sanitario, educativo y social acerca de los activos para la salud de la infancia, el acceso a los mismos y las propuestas de mejora. Todo ello contextualizado en una comunidad concreta, siguiendo lo recomendado para las investigaciones de promoción de la salud.

El barrio es percibido como un buen lugar para la infancia, pero en los resultados se reflejan las desigualdades entre los niños y niñas que habitan en él, tanto en el acceso a los activos, como a la salud y bienestar en general. Las personas expertas reconocen las barreras y dificultades, incluso antes que los activos, lo que está en línea con los hallazgos de estudios previos [21,22]. Entre los **activos identificados** se encontraron, en primer lugar, las redes de apoyo y ayuda mutua, lo que se puede relacionar con los estudios que reportaron que infancia y adolescencia valoran componentes que generan capital social, ligado a la capacidad de la comunidad para enfrentar la adversidad conjuntamente y movilizar sus propios recursos [23,27]. En segundo lugar, aparecen las zonas verdes y los recursos, y servicios donde desarrollan su labor las personas participantes, algo que también coincide con los resultados de investigaciones previas con profesionales [21]. También se reivindicaron espacios de la comunidad que ya existen, pero están infravalorados, poco apoyados o con déficit en el mantenimiento.

Aunque las y los expertos señalaron que el apoyo emocional en la familia es un aspecto deficitario e identificaron la violencia dentro de la familia como la principal barrera para el acceso a la salud y bienestar de la infancia, la familia es considerada como básica y fundamental, lo que puede relacionarse con la identificación por parte de la propia infancia de la familia (“being a family”) como activo estabilizador [24] y con los aportes de Hernán et al. [20] que incorporaron

al modelo de activos las dimensiones de la interacción parental, desarrolladas en la Teoría del Apego, para construir una base segura para el desarrollo de la infancia, entre las que se incluyen: disponibilidad, sensibilidad, aceptación, cooperación y pertenencia a la familia.

Las y los profesionales puntualizaron la importancia, no sólo de que te quieran, sino de saber que cuentan con el amor y apoyo emocional, lo que está en consonancia con los activos de “tener” un sentimiento personal de certeza (activo interno) sobre el hecho de contar con recursos que mejoran las condiciones necesarias para estar sano y sentirse bien [23].

La realización de ocupaciones significativas se vinculó al bienestar, una de las bases de la Terapia Ocupacional, que refuerza la consideración de las ocupaciones como activos para la salud [25, 31]. Para que la participación en actividades sea beneficiosa para la infancia se otorgó una gran importancia a la pertenencia, a la participación social con amigas/os y a la aprobación y apoyo de sus familias, lo cual revela dimensiones que van mucho más allá del hacer en las ocupaciones y está en consonancia con planteamientos basados en la comprensión de que los seres humanos hacen con y para los y las demás [11]. Las personas expertas destacaron otros aspectos para que una actividad sea beneficiosa que conectan con los activos internos identificados por Whiting et al. [24] como sentirse orgulloso/a (“*pride*”), divertirse (“*having fun*”), identidad (“*self-identity*”), ser activo físicamente, desarrollo (“*developing child*”) y crecimiento (“*I’m growing up*”)

Respecto al **acceso a los activos**, en los resultados se reflejó, de manera constante, las grandes desigualdades existentes entre la infancia que cohabita en un mismo contexto y que se manifiestan tanto en los entornos físicos y viviendas, con grandes diferencias entre unas zonas y otras, que pueden ser contiguas; como en las diferencias en el apoyo emocional de su entorno familiar y la posibilidad de un futuro esperanzador. No se han recuperado estudios previos sobre los activos para la salud de la infancia que recojan estas desigualdades en un mismo barrio, debido a que en ellos reportan una mayor homogeneidad en el estatus socioeconómico y se desarrollaron en entornos con bajos niveles socio-económicos [21,22].

Las aportaciones de las y los participantes ponen de manifiesto la dificultad para separar la influencia de distintos factores que influyen en el acceso a los activos para la salud, lo que está en línea con el enfoque interseccional, que proporciona un abordaje integrado y que se basa en cuestionar y rebatir la jerarquización y compartimentación de los marcadores sociales que actúan como ejes de desigualdad y opresión (género, clase, raza, etnia, procedencia, discapacidad, orientación sexual, etc.) [19]. Aún así, se observa un importante consenso al considerar la pobreza o los escasos recursos económicos, junto al bajo estatus social, como una de las principales barreras para el acceso a los activos para la salud y bienestar, que intersecciona con otras, como barreras culturales o lingüísticas, falta de información y educación que sufren las familias y escasez de servicios y recursos en el barrio, lo que coincide con los hallazgos de estudios previos con profesionales [21,22]. Desde el punto de vista de la perspectiva interseccional podemos comprender que el género y los roles y mandatos asignados al mismo no sean considerados, sin tener en cuenta otros factores o marcadores, una barrera para el acceso a la salud y bienestar y a los activos [19]. También podemos observar que hay participantes que no le atribuyen a este determinante ninguna influencia en las desigualdades “porque hay trato igualitario” lo que entra en contradicción con publicaciones y estudios previos que lo identifican como uno de los principales ejes de desigualdad en salud a tener en cuenta para su incorporación en investigaciones y estrategias de salud comunitaria [13,19,32].

En la infancia migrante, e incluso en aquella nacida aquí, pero con padres migrantes, se identifican más dificultades en la que procede de África, podemos vincular estas barreras al racismo que, en línea con los planteamientos de Rodríguez-García et al. [18], persiste como fuerte eje de estigmatización y desigualdad en el imaginario colectivo, influyendo en el acceso a los activos de la infancia racializada del barrio. Sería necesario profundizar en este tema en investigaciones futuras.

Con respecto a la infancia del Pueblo Gitano, llama la atención, la persistencia en el discurso del modelo de bloqueo, que sobredimensiona el factor cultural, y atribuye a la cultura y a supuestas herencias y costumbres ancestrales cualquier

desajuste o dificultad [15]. Aunque no hay consenso en este punto, puesto que algunas personas participantes, también reflejan la discriminación histórica a la que este pueblo ha estado expuesto [15]. El “modelo de apertura” con respecto a la competencia cultural [15] se ve reflejado sobre todo en las propuestas de acción, que se discutirán a continuación.

En las **propuestas para mejorar la salud y bienestar de la infancia**, las y los expertos priorizaron el trabajo con familias y la educación, incluyendo en esta la concepción del bienestar y la salud. Se considera clave colaborar con las personas y colectivos vulnerables y la participación comunitaria. Todo ello sugiere un discurso acorde con el modelo de apertura que supone proactividad, salida y acercamiento a la comunidad y la disposición para cambiar puntos de vista y comprender e incorporar la interculturalidad [15]. Otro punto crucial en la opinión de las personas participantes es la mejora de los servicios y el presupuesto para infraestructuras, lo que está en línea con estudios previos sobre activos para la salud realizados con profesionales [21,22].

Las propuestas concretas desde los diferentes servicios y recursos, compartidas a través de esta investigación, fueron valoradas como reales, adecuadas y posibles e hicieron reflexionar acerca de la implicación de las y los profesionales que intervienen con infancia en el barrio y la poca visibilidad y apoyo a las acciones que ya se llevan a cabo, la necesidad de trabajar en red, incluyendo la apertura y trabajo conjunto con la comunidad; de profundizar en la coordinación y de que se dote de presupuesto, a través de un mayor apoyo de las administraciones y mejora de las políticas públicas, está en línea con los principios de la salud comunitaria y de los enfoques basados en activos [4,5,6] y con los hallazgos de estudios previos con participación de profesionales [2,21, 22].

Entre las **fortalezas** de este estudio podemos destacar que la heterogeneidad del barrio permite constatar las desigualdades en el acceso a los activos para la salud de la infancia y en los factores determinantes de estas desigualdades que interseccionan entre sí. Otra fortaleza viene determinada por los participantes, con una dilatada experiencia en este contexto y que representan todos los ámbitos y roles de intervención con infancia y familias del barrio. Además, el

estudio va más allá de los activos internos y profundiza en la interrelación entre activos, capital social y desarrollo comunitario, como se recomienda en la literatura especializada.

Otra aportación novedosa es que en esta investigación se ahonda en la interrelación entre el modelo de activos y la Terapia Ocupacional. Y, en último lugar, cabe destacar que las personas expertas han identificado activos para la salud de la infancia de ese barrio en concreto y propuestas para visibilizarlos, reforzarlos y mejorarlos que son factibles, reales y contextualizadas.

Una **limitación** de la técnica Delphi es el riesgo de sesgo en la selección del grupo de expertos. En este estudio el número de participantes es reducido y todos ellos mostraron su interés por participar en el proceso de investigación. Por lo que no se tendrían en cuenta a otros expertos que no mostraron su disponibilidad para participar en el mismo.

CONCLUSIONES

Este estudio recoge la perspectiva de personas expertas en el trabajo con infancia y familias de una comunidad local. Respecto a la identificación de activos para la salud de la infancia, destacan las redes de apoyo y ayuda mutua, las zonas verdes y los recursos y servicios educativos, sanitarios y sociales. También se vincula la salud y el bienestar de la infancia a la disponibilidad de redes incondicionales de apoyo emocional, sobre todo la familia y al sentimiento de certeza de contar con ellas. Las ocupaciones significativas promueven su salud y bienestar. En cuanto al acceso a los activos y a la salud y bienestar en general existen grandes desigualdades entre diferentes niños y niñas que cohabitan en el barrio determinadas por varios factores que interaccionan entre sí como: pobreza, origen, etnia, estatus social y género

Las propuestas para fomentar la salud y bienestar de la infancia se centran sobre todo en valorar, apoyar y reforzar los activos que ya existen; reforzar la colaboración y coordinación, no sólo entre recursos profesionales, sino con la comunidad y, sobre todo, con los colectivos más vulnerables

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan A, et al. Health assets for adolescents: opinions from a neighborhood in Spain. *Health Promot Int.* 2015;30(3):552–562. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
2. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health.* 2017;16:99 <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0590-2>
3. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Geneva: WHO; 1986.
4. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, et al. Health assets in a global context: A systematic review of the literature. *BMJ Open.* 2019;9:e023810. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
5. Astier P, Benedé CB, Martín R, et al. Conversando: sobrediagnóstico, sobretratamiento y recomendación de activos para la salud. *Comunidad* 2019;21(3):9 ISSN: 2339-7896. Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/wp-content/uploads/Comunidad-21-3-9.pdf>
6. Atención Comunitaria Basada en Activos: Recomendación de activos para la salud en Atención Primaria. Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria. Departamento de Sanidad. [Internet]. 2018 [consulta el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <http://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-Recopilación-de-Activos-para-la-salud-en-Atención-Primaria-9-2018-1.pdf>
7. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al.. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017;7:e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
8. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz-Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets – the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:721-723. <http://doi.org/10.1136/jech-2014-205096>
9. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(S1):93-98. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
10. Bradley G, Scott J. Social Prescribing Nomenclature, Occupational Therapy and the Theory of Institutional Work: Creating, Maintaining and Disrupting Medical Dominance. *Occup Ther Health Care.* 2021: 19;1-14. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1926046>
11. Hocking C. Occupation in context: A reflection on environmental influences on human doing, *Journal of Occupational Science.* 2020;28(2):221-234. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1708434>
12. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007; Suppl 2:17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
13. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P et al. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018; 32:92-97 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
14. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet.* 2005; 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
15. Arza-Porras J, y Rodríguez-Camacho M. F. Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.* 2019; 26:59-82. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>
16. Kirmayer LJ. (2012). Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry.* 2012; 49(2), 149-64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>

17. González-Rábago Y, Martín U. Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gac Sanit.* 2019; 33(2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
18. Rodríguez-García D., Habimana-Jordana T, Rodríguez-Reche C. “Tú, como eres negra, harás de lobo”. El debate pendiente sobre la cuestión de la raza en España. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia.* 2021; 26(1), 29-55, <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.833>
19. Couto MT, Oliveira ED, Separavich MA et al. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva.* 2019; 15:e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
20. Hernán, M., Morgan, A. y Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. 2013. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
21. Den Broeder L, Uiters E, Hofland A et al. Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2017; 18(1): 12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4555-6>
22. Thein K, Zaw KT, Teng R et al. Health needs in Brooklyn's Chinatown: a pilot assessment using rapid participatory appraisal. *J Health Care Poor Underserved.* 2009; 20(2): 378-94. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0140>
23. Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan A, et al. Health assets for adolescents: opinions from a neighborhood in Spain. *Health Promot Int.* 2015;30(3):552–562. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
24. Whiting LS, Kendall S, Wills, W. Rethinking children’s public health: the development of an assets model. *Critical Public Health.* 2013;23(2):146-159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>
25. Vidal-Sánchez MI, Laborda-Soriano AA, Cambra-Aliaga A, et al. Childhood Health Assets in a Spanish Neighborhood: Children and Families’ Perception. *OTJR: Occup Particip Health.* 2021;41(3):185-195. <https://doi.org/10.1177/15394492211011188>
26. Hernán-García M, Marcos-Marcos J, Botello-Díaz B, et al. Childhood, families and the Internet: a qualitative approach on health assets. *Gac Sanit.* 2021;35 (3):236-242. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.006>
27. Eriksson M, Dahlblom K. Children's perspectives on health-promoting living environments: The significance of social capital. *Soc Sci Med.* 2020; 258(2):113059. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113059>
28. Winkler J, Moser R. Biases in future-oriented Delphi studies: a cognitive perspective. *Technol Forecast Soc Change* 2016; 105:63–76. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.01.021>
29. Asociación Vecinal Montes de Torrero Venecia. Torrero Nuestro Barrio. [consultado el 5 de abril de 2022] disponible en: <https://avvenecia.org/torrero/>
30. Brinkmann S, Kvale S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing.* *European Accounting Review.* 2012. 21(1):186-189 <https://doi.org/10.1080/09638180.2012.675165>
31. Alsina-Santana, R., & Zango-Martín, I. (2022). El abordaje de terapia ocupacional considerando los activos para la salud en población joven: un análisis de la literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e2967. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR22482967>
32. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 245-249
33. Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes MC et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit SESPAS.* 2014;28(4):316-325. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>

FIGURAS Y TABLAS:

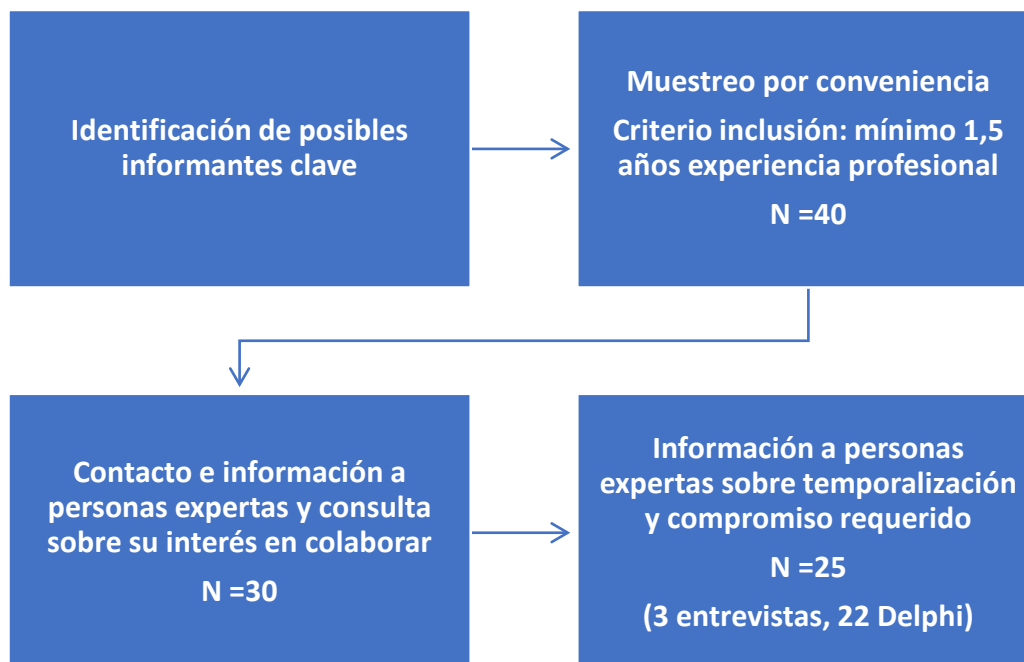


FIGURA 1: Proceso de selección de participantes en panel de expertos/as

Señale cuál de los siguientes aspectos para que una actividad sea beneficiosa para la salud emocional y mental de las niñas y niños del barrio es el más importante (señalar solo uno):

22 respuestas



FIGURA 2. Aspecto más importante para que una actividad sea beneficiosa para la salud

Tabla 1. Personas expertas participantes en el Panel

	SEXO	ÁMBITO INTERVENCIÓN	ROL/FUNCIÓN PROFESIONAL QUE DESEMPEÑA	POBLACIÓN CON LA QUE INTERVIENE	AÑOS DE EXPERIENCIA
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD	Mujer=2 Hombre=1	Educativo: 1 Social: 1 Sanitario:1	Maestra/directora de centro educación formal Mediadora sociocultural Médica de Atención Primaria	Infancia y familias = 2 Familias=1	8 10 7
DELPHI	Mujer =15 (68,2%) Hombre= 7 (31,8%)	Educación formal: 8 (36,4%) Educación no formal: 5 (22,7%) Social: 5 (22,7%) Sanitario: 4 (18,2%)	Maestra/o Primaria = 4 Maestra/o infantil = 2 Educatora infantil = 1 Pedagogía Terapéutica = 1 Monitora de tiempo libre= 3 Educación social = 2 Educación social: de calle = 2 Mediadora intercultural = 1 Psicóloga = 1 Trabajo social = 1 Médica de familia = 2 Médico Pediatra = 1 Enfermera = 1	Infancia = 12 Familias = 4 Infancia y familias =6	1,5-2 =2 (9,1%) 2-3 = 2 (9,1%) 4-5 = 3 (13,6%) 6-7 =4 (18,2%) Más de 7 = 11 (50%)

Tabla 2. Motivos por los que Torrero es o no un buen barrio para que la infancia crezca sana y feliz

Sí	NO
<p><i>Barrio tranquilo, pero con acceso a todo lo que tiene una ciudad, más parecido a un pueblo. Zonas verdes cercanas. Vida de barrio.</i></p> <p><i>Muchos espacios verdes, plazas, parques, y diversidad.</i></p> <p><i>Por su variedad de culturas, sus parques, las facilidades en cuanto a establecimientos y su carácter reivindicativo, entre otros.</i></p> <p><i>Es un barrio que cuenta con bastantes servicios y espacios que pueden contribuir a un desarrollo sano y feliz de la población más pequeña.</i></p> <p><i>Servicios ciudadanos, parques, zonas verdes. colegios y zonas deportivas y buenas comunicaciones.</i></p> <p><i>Es un barrio que mantiene su origen comunitario y vecinal lo que facilita la creación de redes, así como dispone de recursos y servicios orientados a la infancia</i></p> <p><i>Zonas verdes cercanas, barrio dinámico y con personalidad.</i></p> <p><i>Colegios accesibles, zonas verdes, comercio local, aire muy sano.</i></p> <p><i>Tiene muchos recursos de ocio y tiempo libre, además de muchos centros educativos, opciones de actividades deportivas y numerosas zonas verdes por diferentes partes del barrio</i></p> <p><i>Barrio en expansión con aumento de población infantil</i></p> <p><i>Buenas redes sociales y comunitarias. Buen entorno natural (para ser ciudad): Canal, Pinares, estepa. Urbanismo accesible, aunque mejorable en muchos puntos, comercio de proximidad aceptable.</i></p> <p><i>Existen diversos recursos públicos a los que acceder, espacios verdes en el entorno, biblioteca, etc.</i></p> <p><i>El barrio de Torrero dispone de zonas verdes, piscina municipal, polideportivo, centro comercial etc.</i></p> <p><i>Dispone de servicios para la infancia en bastantes áreas, tiene zonas verdes y buenas comunicaciones</i></p> <p><i>Tiene muchos recursos sociales formativos y de tiempo libre y espacios verdes para compartir</i></p> <p><i>Por el medio natural en el que está el barrio.</i></p> <p><i>Es un barrio muy familiar, que cuenta con zonas verdes y espacios al aire libre para que los niños y niñas jueguen.</i></p> <p><i>Es un barrio tranquilo y familiar. Dispone de zonas verdes y calles poco transitadas. Tienen a su disposición centros educativos públicos de calidad y diversidad de organismos que pueden complementar y potenciar ámbitos fuera de la educación formal.</i></p> <p><i>Es un barrio con personalidad y muy activo a muchos niveles.</i></p> <p><i>Poco a poco está rejuveneciendo, están viniendo familias jóvenes con hijos. Además, dispone de parques y zonas verdes, variedad de colegios, teatro, ludoteca, biblioteca, comercios...</i></p> <p><i>Es un barrio pequeño con mucha variedad y lugares donde poder desarrollarse</i></p>	<p><i>Porque hay zonas del barrio que no cumplen requisitos mínimos de limpieza. Hay zonas en las que el número de conflictos es muy alto y los niños son observadores de primera línea. Hay zonas donde las familias tienen un nivel socioeconómico y cultural muy bajo y no conocen bien cuáles son las condiciones en las que un niño debe crecer sano y feliz.</i></p> <p><i>Una parte de Torrero la Paz nivel socioeconómico bajo, cultural bajo, grupos étnicos y sociales deprimidos y marginales. Estructura urbana poco favorable pisos antiguos, calles estrechas, tráfico.</i></p> <p><i>Barrio con zonas muy diferentes.</i></p>

Tabla 3. ¿Qué dificulta el acceso a la salud y el bienestar de la infancia del barrio?

RECURSOS Y SERVICIOS Y ACCESO A LOS MISMOS	ENTORNO FÍSICO Y VIVIENDA	ESTATUS ECONÓMICO Y SOCIAL, CONVIVENCIA, PERTENENCIA, CULTURA	FAMILIAS: Características, hábitos, estilos y capacidades, situación..
<p><i>Exceso de población vinculada al mismo centro de salud, pocos pediatras, centro cívico escaso, población con dificultades sociales con las que no se trabaja.</i></p> <p><i>Personal pediatra y enfermería insuficiente para la nueva demanda</i></p> <p><i>Falta de información acerca de los servicios y recursos de salud y bienestar de la infancia del barrio.</i></p> <p><i>Absentismo escolar</i></p> <p><i>Faltan más organismos y entidades dedicadas al trabajo en la educación no formal que les permita invertir su tiempo libre y complemente la educación formal.</i></p> <p><i>Falta de información para acceder a determinadas ayudas.</i></p> <p><i>Accesibilidad</i></p> <p><i>El acceso a la salud todos lo tenemos la diferencia está que depende del profesional de como trate a sus pacientes</i></p> <p><i>Escasa inversión en los distintos servicios municipales</i></p> <p><i>Carencias en educación y actividades que motiven la salud colectiva</i></p> <p><i>El desconocimiento de las posibilidades existentes</i></p> <p><i>El idioma</i></p>	<p><i>Subida de alquileres</i></p> <p><i>Gentrificación</i></p> <p><i>Áreas de viviendas con menos recursos</i></p> <p><i>Condiciones de vivienda insalubres.</i></p> <p><i>Vivienda</i></p> <p><i>Elevado número de viviendas con más de cincuenta años que necesitarían alguna rehabilitación.</i></p> <p><i>En el barrio hay un elevado número de menores que no tienen una vivienda digna</i></p> <p><i>Estructura urbana poco saludable (ruidos, contaminación)</i></p>	<p><i>Escasez de recursos económicos, escasez de recursos para solucionar conflictos.</i></p> <p><i>El aislamiento social</i></p> <p><i>Situación de riesgo y exclusión social y económica de la familia,</i></p> <p><i>1/ Desventaja sociocultural;2/Problemas con el idioma; 3/Preconcepciones culturales; 4/Brecha digital.</i></p> <p><i>Las propias situaciones de las familias, la falta de recursos económicos que tienen y en ocasiones la</i></p> <p><i>Bajo nivel sociocultural de algunas familias, dificultades económicas y de vivienda, bajas expectativas de futuro,</i></p> <p><i>Situaciones de riesgo y exclusión social.</i></p> <p><i>Situación familiar poco estable.</i></p> <p><i>Clima de convivencia en el barrio</i></p> <p><i>Sentimiento de pertenencia a un sector social determinado</i></p> <p><i>Sentimiento de exclusión de un sector social determinado</i></p> <p><i>Economía.</i></p> <p><i>En el barrio hay un gran número de familias que no responden a las características señaladas como óptimas.</i></p> <p><i>Hay un gran número de menores en entornos que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - No tienen una seguridad económica - No ven un futuro esperanzador <p><i>Falta de trabajo</i></p> <p><i>Nivel sociocultural de algunas familias, ,</i></p> <p><i>Seguridad económica</i></p> <p><i>Nivel económico familiar bajo</i></p> <p><i>Nivel cultural familiar bajo</i></p> <p><i>Entorno social "agresivo" tanto en convivencia vecinal, como grupos de presión entre iguales (cuadrillas o bandas)</i></p> <p><i>El nivel económico de las familias</i></p> <p><i>El nivel cultural de las familias</i></p> <p><i>Pobreza</i></p>	<p><i>Las familias mono parentales con excesivo horario de trabajo o incapaces de repartir tareas</i></p> <p><i>Las dificultades de expresarse en español</i></p> <p><i>La necesidad de cuidar de otros familiares dependientes.</i></p> <p><i>Los estilos educativos disfuncionales, las malas relaciones de la pareja</i></p> <p><i>La falta de afectividad en la familia</i></p> <p><i>Práctica e incorporación de pautas, rutinas y hábitos poco o nada saludables en las familias, carencias o dificultades en la educación y gestión emocional durante el desarrollo de la infancia</i></p> <p><i>Problemas familiares (desestructuración, abandono, adicciones...)</i></p> <p><i>No se ven reforzados a la hora de desarrollar sus aptitudes</i></p> <p><i>Negligencia y Desconocimiento</i></p> <p><i>Estructura de familia</i></p> <p><i>Disponibilidad de los cuidadores</i></p>

	<i>Prejuicios</i>	
--	-------------------	--

Tabla 4. Motivos dificultad de acceso salud y bienestar de infancia migrante y del Pueblo Gitano

INFANCIA MIGRANTE O CUYOS PROGENITORES LO SON	INFANCIA DEL PUEBLO GITANO
<i>Dificultades con el idioma, no se fían de la sanidad</i>	<i>Por la idiosincrasia de su cultura y dificultad para salir de ella</i>
<i>Las familias migrantes tienen menos recorrido histórico en el barrio y por lo tanto pueden desconocer o tener menos acceso a los recursos.</i>	<i>Creo que la etnia gitana en general es la que lo tiene más difícil ya que su percepción cultural no le hace valorar de la misma manera que nosotros el acceso a la salud y el bienestar infantil</i>
<i>Dificultades con el idioma</i>	<i>El tener una vivienda digna facilita la salud y el bienestar y muchas familias de etnia gitana no la tienen</i>
<i>Dificultad económica, de idioma, cultural...</i>	<i>Creo que en muchos casos tienen situaciones muy cronificadas y con falta de adaptación</i>
<i>Porque en ocasiones sus tarjetas están vinculadas a los de sus padres y si estos no tienen seguridad social a veces surge el problema</i>	<i>Me da la impresión de que en la comunidad gitana se dan algunos patrones o hábitos, tal vez propios de una comunidad cerrada (con matices) y marginada durante generaciones, que no favorecen la salud ni el bienestar de sus miembros.</i>
<i>Hay familias migrantes con mayor dificultad por el manejo del idioma y por determinados códigos culturales</i>	<i>Las familias de etnia gitana conocen los recursos y hacen uso de ellos, aunque necesitan de ciertas pautas socioeducativas y socioemocionales.</i>
<i>A veces por problema de idioma. A veces por su situación irregular o desconocimiento de los servicios a los que pueden acceder.</i>	<i>Son muy recelosos de acudir a los servicios y no les gusta ser controlados.</i>
<i>Miedos y desconocimiento del sistema</i>	<i>Por su propia automarginación.</i>
<i>El arraigo en el barrio y con la cultura, es menor</i>	

Tabla 5. Propuestas de mejora para la promoción de la salud infantil en el barrio

DIMENSIÓN	EXPLICACIÓN Y CITAS
Convivencia	<p>“Reforzar los programas y servicios sociales y comunitarios (no es ninguna idea nueva, es apostar por ello)”. “Más trabajo comunitario”; actividades “culturales, deportivas, musicales” “intergeneracionales” e “interculturales” y “eventos y talleres infantiles que puedan interesar a todas las familias que viven en el barrio independientemente de su procedencia”, “cursos o escuela de padres”. Que estas sean “desde la escuela para que puedan participar TODOS niños y niñas, porque considero que las actividades fuera del horario escolar, a las que propone el barrio, solo acuden un perfil de familias, no toda la representación del barrio”. “Red real dentro de los centros escolares. Evitando aquellos centros no públicos que pueden llegar a segregarlos”. “Facilitar y crear espacios de convivencia” Trabajar con “el tejido asociativo” y “dar protagonismo a las redes vecinales y comunitarias” potenciando y creando “redes de apoyo”. “Relación y coordinación de ámbitos educativos, sanitarios, acción social, etc.” y “charlas en colegios de profesionales de otros ámbitos”. “Mejorar las condiciones de vida (vivienda, laborales... excede del ámbito del barrio).</p>
Igualdad de oportunidades:	<p>Muchas propuestas giran en torno a reforzar, mejorar, aumentar y cuidar “los servicios sociales” y “la educación pública”. Señalan que “la escuela tiene una misión fundamental en este punto, dando la oportunidad de mitigar las diferencias culturales y económicas”, pero para ellos los “centros educativos deben responder a las necesidades de la infancia y las familias”, “ser apoyo y un acompañamiento” y “trabajar con el contexto a tu favor y no en contra” y para eso habría que garantizar que “los Planes de igualdad de los centros educativos son documentos activos y que realmente se aplican y evalúan resultados” También proponen garantizar información y acceso a todos los sectores de población y “becas de estudios y formación”, “gratuidad de la educación infantil”...</p> <p>Las y los participantes señalan que hay requisitos más allá del contexto del barrio que tienen que ver con garantizar “recursos económicos dignos”, “vivienda” y “empleo”</p>
Accesibilidad a actividades y recursos	<p>Proponen “Programas multidisciplinares para abordar este tema. Estudiar bien qué es lo que dificulta el acceso a cada familia y elaborar un plan individualizado en cada caso, con inversión en personal especializado y concienciación de la población y profesionales del barrio”. Algunas personas proponen crear recursos, pero en general las propuestas se centran en reforzar, dotar de presupuesto y hacer accesibles las actividades y recursos que ya existen a través de “información”, actividades “gratuitas” o “subvencionadas” en las que nombran actividades deportivas, lúdicas y creativas, abogando por “reducir el consumismo”. “Dar a conocer las asociaciones de tiempo libre que coexisten en nuestro barrio y dar visibilidad a organismos como los PIEES de los centros educativos y las actividades extraescolares asumibles económicamente” “Publicitar las opciones lúdicas y educativas que se llevan a cabo en el barrio. Informar a las familias del barrio. Que sean actividades gratuitas”. También se propone “más participación comunitaria” en el diseño y desarrollo de actividades creando “grupo de cultura, de ocio, de solidaridad,..”</p> <p>Se proponen sobre todo dos espacios que pueden facilitar la accesibilidad “la escuela, que es el medio de comunicación que llega a todo tipo de familias” y la calle a través de “más educación de calle, más apoyo al tiempo libre para poder sacar actividades a la calle y poder invitar y que llegue a más gente”</p> <p>Este aspecto se asocia también con la mejora de la situación económica y del “mercado laboral para los padres”.</p>
Seguridad y Autonomía	<p>Las personas participantes abogan por mejorar los espacios físicos a través de “buena urbanización y señalización de calles”, “mejor iluminación”, “vías pacificadas”, “restricciones de tráfico de vehículos”, “limpieza de solares y mayor vigilancia por parte de las autoridades” y también por la “concienciación ciudadana”, “la educación” e “implicar a todo el barrio”, “fomentando la solidaridad”. Se propone trabajar “mediante recursos de intervención educativa, social y psicológica” y fomentar y afianzar proyectos</p>

Espacios

como el "Proyecto Stars (camino escolares)" y trabajar desde lo "lúdico", "los juegos" y realizar "grupos de iguales para prevenir el acoso"

Como pilar básico para fomentar la seguridad y autonomía de la infancia se señala también a la familia "porque eso debería trabajarse desde casa, como valor fundamental" y tiene que ver también con fomentar la solidaridad de los niños hacia los mayores, dependientes, enfermos etc.

En general las personas participantes consideran que "los lugares ya están", "son los que son, "hay que aprender a respetarlos, cuidarlos y mantenerlos óptimos para su disfrute" y "fomentar que sea agradable lo que hacen" en ellos. "Los lugares existen. Hay maravillosos, pero no hay instituciones y personal que pueda ayudar a acercar estos lugares a todos los niños y niñas del barrio", "más inversión en infraestructuras, mantenimiento" y "limpieza" cuidar y apoyar los que hay "parques y jardines, plazas", "CSO Kike Mur", "biblioteca", "ludoteca". "Potenciar el conocimiento, valoración y disfrute de entornos como el Canal, los Pinares y la Estepa (especialmente esta última, muy infravalorada)", "Proyectos en colaboración entre los centros educativos y el entorno asociativo y comunitario. Lo mismo para zonas de interés cultural, como la antigua cárcel (hoy CSO Kike Mur), tal vez el cementerio, puntos de memoria histórica..." Como propuestas de mejora se propone "mejorar y acondicionar solares y plazas donde la gente del barrio (en este caso los más pequeños, pero también los más mayores) puedan sentarse a compartir y disfrutar", "pinturas urbanas"/"grafitis" en espacios infantiles, "más espacios de ocio y deportivos gratuitos" "(sin capital)".

Otras:

"Importantisimo fomentar los grupos de teatro y de música, literatura, cine en la infancia"

"Policía de proximidad en las zonas conflictivas, con "bandas"

"Entender el bienestar No como tener Más sino con Ser y Sentirse Mejor"

"Proyectos específicos para familias, proyectos en colaboración con asociaciones de colectivos menos favorecidos para promocionar el ocio y la salud"

"Colegios activos"

DISCUSIÓN

En esta investigación se ha constatado que el interés y la profundización en el campo de los activos para la salud va en aumento, como demuestra la creciente literatura sobre el tema (Cassetti, 2020; Van Bortel et al, 2019). Trabajos más recientes en el ámbito de los HA distinguen entre los activos individuales y el enfoque basado en activos que implica un trabajo y compromiso sistemático con las comunidades y todas las partes interesadas (Van Bortel et al., 2019). Además, se han ido modificando la concepción y la clasificación de los HA, yendo más allá de considerar activos individuales, relacionales y colectivos y tomando en consideración los recursos financieros, naturales, humanos y sociales, con especial atención a los activos culturales y políticos tangibles e intangibles (Álvarez-Dardet et al. 2015, Hernán-García, 2018).

Activos para la salud de la infancia

Revisar el estado de la cuestión sobre los activos para la salud de la infancia ha permitido comprobar que, a pesar del creciente interés en el tema, las investigaciones sobre HA de la infancia que incorporen su propia perspectiva son escasas (Whiting et al., 2013; Hernán-García, 2018; Hernán-García et al., 2021, Sáenz Mendía et al., 2014). Del mismo modo, no se han recuperado, en la literatura especializada sobre HA de la infancia, estudios previos que profundicen y complejicen la visión de los determinantes sociales de la salud con la perspectiva interseccional de género (Couto, 2019).

La bibliografía revisada recomienda contextualizar las investigaciones sobre HA y poner el foco en los activos de una comunidad concreta y se incorporan, como factores a tener en cuenta en la identificación y el mapeo de activos, el capital social y elementos asociados al mismo, entre los que se encuentran: la cohesión social, el apoyo social y la seguridad (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016; Cubillo-Llanes et al., 2018; Eriksson y Dahlblom, 2020; Morgan et al., 2012; Pérez-Wilson et al., 2015).

La revisión de la literatura también reveló que, en contraposición con nuestras hipótesis iniciales, tampoco existe mucha literatura que recoja la percepción de familias y profesionales sobre los activos para la salud de la infancia de una comunidad local (Den Broeder et al. 2017; Thein, 2009).

Así, este estudio tiene como eje principal la participación real de la infancia para contribuir a superar del adulto-centrismo que a menudo ha caracterizado el abordaje de la salud y bienestar de la infancia, como se recomienda en la literatura (Percy-Smith, et al. 2010). En este trabajo hemos comprobado, en línea con los hallazgos de investigaciones previas (Whiting et al., 2013; Vaccarino-Ruiz et al., 2021), que la utilización de herramientas apropiadas y adaptadas a la edad fomenta la participación de la infancia, que esta resulta necesaria y muy enriquecedora para las investigaciones e intervenciones sobre promoción de salud.

Esta visión de la infancia ha sido complementada con la de familias y personas expertas por su trayectoria profesional en el barrio, en línea con estudios previos, que proponen comparar la visión de profesionales, agentes clave y miembros de la comunidad (Pons-Vigués, 2017)

Fortalezas, recursos y factores protectores de la salud de la infancia de Torrero-La Paz

Nuestros hallazgos permiten una aproximación, contextualizada en una comunidad concreta, a la percepción de la infancia, familias y profesionales acerca del concepto de salud y de los activos para la salud. Lo que está en línea con el punto de vista de la Salud Pública infantil, que sitúa la salud de infancia y familias en su contexto social, económico y político (Köhler, 1998) y con planteamientos más recientes de la promoción de la salud (Cofiño, 2013) y de los enfoques basados en activos (Van Bortel et al.2019).

En los primeros hallazgos del presente estudio, la infancia de este barrio asoció la salud y el bienestar con dimensiones psicológicas, físicas y sociales y con la felicidad como lo hicieran los adolescentes de estudios previos (Hernán-García, 2018; Moreno et al., 2016; Pérez-Wilson et al., 2015). Del mismo modo, las y los profesionales utilizaron una definición amplia de salud, destacando su dimensión social como la más importante, lo que está en consonancia con los hallazgos de estudios previos con profesionales acerca de los HA (Pons-Vigués, 2017; Den Broeder, 2017).

La **familia** se reveló, en todas las fases de nuestra investigación, tanto para los profesionales como para la propia infancia, como el principal activo de tipo estabilizador, conectando con los reportado por Whiting et al. (2013). En los hallazgos acerca de la percepción de personas expertas (profesionales) encontramos mayor conexión con las dimensiones de la interacción parental para construir una base segura para el desarrollo de la infancia, entre las que se incluyen: disponibilidad, sensibilidad, aceptación, cooperación y pertenencia a la familia. Estas dimensiones desarrolladas en la Teoría del Apego de Bowlby et al., fueron incorporadas al corpus teórico del modelo de activos para pensar específicamente en infancia por Hernán et al. (2013).

Sin embargo, hay diferencias entre la Fase 1 y la Fase 2. Mientras en la Fase 1, donde se pudieron comparar resultados de diferentes franjas de edad, la familia iba siendo considerada como menos importante para la salud conforme se hacían mayores, al tiempo que la amistad iba ganando importancia, lo que conecta con el activo externo **amistades** identificado por Whiting et al. (2013) y está en línea con las etapas del desarrollo infantil (Viana & Pellegrini, 2008); en la Fase 2, la familia era considerada

como el principal activo para la salud de la infancia de 9-13 años, sobre todo en los cuestionarios individuales.

Siguiendo la clasificación de Pérez-Wilson et al. (2015) podemos afirmar que familia y amistades son activos externos, conectado con los activos internos (activos de “tener”), que aportan un sentimiento personal de certeza sobre el hecho de contar con recursos que mejoran las condiciones necesarias para estar sano y sentirse bien. En este sentido, cabe destacar la importancia otorgada por las y los profesionales, no sólo al hecho de tener personas a las que quieran, sino de sentirse querido/a y apoyado/a.

Entre los hallazgos de este estudio encontramos mayor presencia de la familia extensa en los activos identificados por la infancia del Pueblo Gitano, mientras que el resto se reduce en mayor proporción a la familia más directa (padre, madre, hermanas/os), podemos sugerir que esto está en línea con los valores imperantes en las diferentes culturas (Eméric, 2015).

Entre los activos identificados en el panel de personas expertas, encontramos en primer lugar las **redes de apoyo y ayuda mutua**. Del mismo modo, la infancia de Torrero-La Paz expresó su orgullo de vivir en un **barrio solidario** y la creencia de que la ayuda mutua y el trabajo conjunto puede mejorar las cosas. Todo esto coincide con la realidad constatada en el análisis de la comunidad desarrollado en la *Justificación* de este estudio, en el que se muestra la trayectoria de trabajo colectivo, solidario y reivindicativo del barrio (Asociación Vecinal Montes de Torrero Venecia, 2022). Además, está en línea con los estudios que reportaron que infancia y adolescencia valoran componentes que generan capital social, ligado a la capacidad de la comunidad para enfrentar la adversidad conjuntamente y movilizar sus propios recursos (Eriksson y Dahlblom, 2020; Pérez-Wilson et al., 2015).

Algunos de los contextos más relacionados con la salud por parte de la infancia, fueron en la **naturaleza**, tanto dentro como fuera del barrio, lo que conecta con los resultados de las investigaciones que señalan la importancia de fortalecer el sentimiento de conexión con la naturaleza para la salud (Hammell, 2008). Las **zonas verdes** de Torrero-La Paz también fueron consideradas HA de la infancia por las personas participantes en

el panel de personas expertas, algo que también coincide con los resultados de investigaciones previas con profesionales (Den Broeder, 2017).

La infancia también consideró que **parques y zonas verdes** eran HA. Al profundizar en la investigación sobre los motivos, la infancia, de 9 a 13 años, argumentó que son HA por constituir **lugares para la relación y la convivencia**, lo que coincide con los hallazgos de estudios previos con infancia y adolescencia (Eriksson M y Dahlblom, 2020; Pérez-Wilson et al., 2015; Whiting et al., 2013) y refuerza la visión actualizada de ampliar la mirada sobre los activos (Van Bortel et al., 2019).

Las familias también identificaron como HA externos a nivel de barrio los **parques**, así como otros **recursos comunitarios**: en especial, centro cívico, biblioteca y centro de salud; que también fueron destacados en estudios previos en otras comunidades (Pérez-Wilson et al., 2015; Whiting et al., 2013).

En cuanto a las personas expertas, identificaron como HA para la infancia los **recursos, y servicios** donde desarrollan su labor las personas participantes, algo que también coincide con los resultados de investigaciones previas con profesionales (Den Broeder, 2017).

La mayoría de los niños participantes en la Fase 1 de esta investigación asociaron su bienestar a la **participación en ocupaciones** concretas destacando las de **juego y ocio**, en concordancia con los planteamientos de la terapia ocupacional que reconocen estas ocupaciones como básicas y prioritarias para la infancia (Parham et al., 2008), atendiendo a los activos identificados por Whiting et al. (2013), este resultado está relacionado con el activo interno divertirse (“having fun”). Las personas participantes en el panel de expertas también consideraron que la **participación en ocupaciones significativas** se vincula al bienestar, una de las bases de la TO, que refuerza la consideración de las ocupaciones como activos para la salud (Alsina-Santana, y Zango-Martín, 2022; Bradley y Scott, 2021).

La infancia y las y los profesionales otorgaron una gran importancia para que las actividades sean generadoras de salud y bienestar a la **pertenencia**, a la **participación social** y a la **aprobación y apoyo de sus familias**. Esto, además de reforzar la importancia

del activo estabilizador “Being a family”, reportado por Whiting et al. (2013); revela dimensiones que van mucho más allá del hacer en las ocupaciones y está en consonancia con la comprensión del “hacer con” y “hacer para” los y las demás (Hocking, 2020). Este concepto, clave en las líneas actuales de desarrollo de la CO y la TO socio-comunitaria, también se refleja en los motivos por los que las personas expertas consideran que la participación ocupacional favorece la salud y el bienestar de la infancia del barrio, como son: **sentimiento de pertenencia**, que sienta que sirve para algo a nivel personal o de **comunidad**, que fomente su **solidaridad y empatía**.

Además, la infancia participante valoró por encima de todo lo anterior el **aprendizaje vinculado a las actividades**, lo que conecta con uno de los activos personales mencionados en la literatura especializada “compromiso con el aprendizaje” (Search Institute, 2006). Las personas expertas, por su parte, destacaron, para que una ocupación sea beneficiosa aspectos que conectan con algunos activos identificados por Whiting et al. (2013): **sentido de competencia**-con *sentirse orgulloso/a (pride)*-, **desarrollo de su propia identidad** -con *identidad (self-identity)*-, que le ayude a **conectar con la capacidad de disfrute** -con *divertirse (having fun)*, que **fomente su autonomía** -con – *estoy creciendo (I’m growing up) y desarrollo (developing child)* -

Los determinantes de crecimiento sano y feliz que identificaron las familias como fundamentales, coinciden con algunos de los HA que se nombran en la bibliografía especializada (Botello et al. 2013; Cofiño et al., 2016; Hernan et al., 2013): **seguridad física** (sentirse a salvo), también considerada como una dimensión del capital social (Eriksson et al., 2011); **estar con su familia; tener personas que les quieran mucho** y el **acceso a la sanidad**. Además, concuerdan con factores identificados como protectores, y relacionados con la resiliencia para la infancia que vive en contextos de pobreza: seguridad, afiliación y afectividad (Hostinar y Miller, 2019). La resiliencia se nombra en diversas publicaciones como HA (Van Bortel et al., 2019). Si nos detenemos en la importancia otorgada a la familia, este hallazgo coincide con la percepción tanto de la infancia como de los profesionales y nos vuelve a conectar con el activo estabilizador identificado por Whiting et al. (2013). Conectando con el activo interno “ser activo físicamente” (Whiting et al., 2013), la infancia identificó como activo la práctica de deportes.

Barreras y facilitadores del acceso a los activos

El barrio es percibido como un buen lugar para la infancia, tanto por las familias, como por los profesionales, pero en los resultados se reflejan diferencias entre los niños y niñas que habitan en él, tanto en la identificación, como en el acceso a los activos y a la salud y bienestar en general. Las personas expertas reconocen las barreras y dificultades, incluso antes que los activos, lo que está en línea con los hallazgos de estudios previos (Den Broeder et al. 2017; Thein, 2009). Cabe destacar, la capacidad de la infancia para identificar los determinantes sociales que afectan al acceso y uso de los activos, lo que concuerda los hallazgos de investigaciones previas (Whiting et al., 2013; Vaccarino-Ruiz et al., 2021), que la utilización de herramientas apropiadas y adaptadas a la edad fomenta la participación de la infancia y refuerza los planteamientos que destacan el potencial de su participación en las investigaciones sobre bienestar infantil (Ben-Arieh, 2005; Casas Aznar, 2020).

En la identificación y reconocimiento de los activos por parte de la infancia encontramos diferencias entre las niñas y los niños participantes:

- Las niñas situaron la **vivienda** entre los activos en mayor medida que los niños. Los niños, por su parte otorgaron mayor importancia a la **práctica de deportes**, sobre todo **fútbol** y también a los lugares "**públicos**". Vemos aquí la influencia del contexto cultural y de los roles de género asociados al mismo, lo que lleva a reflexionar sobre la persistencia, a pesar de los avances de las últimas décadas, de la división espacio-género que enunciaran ya las teóricas feministas de los 90 (Amorós, 1994; Méda, 2002), donde se constataba la desigual ocupación del espacio público, mayor en el caso de los hombres y que está asociada con el poder, mientras que las mujeres quedan relegadas al espacio privado, representado físicamente en el hogar y simbólicamente en los cuidados y todas las actividades invisibilizadas y desvalorizadas realizadas mayoritariamente por las mujeres (Vidal et al., 2017). Por otra parte, estos datos coinciden con la menor práctica de actividad física y deportes por parte de las niñas y la mayor ocupación de canchas y campos de deporte por parte de los niños, mientras las

niñas ocupan los márgenes, reportada en publicaciones previas (Garay et al., 2017; Katzmarzyk et. al., 2016).

- Por otra parte, la **aprobación y bienestar de las y los demás** también fue considerada como algo muy importante para el bienestar y salud de las niñas, en mayor medida que en el caso de los niños, lo cual guarda relación con el rol y los mandatos de género y nos da una idea de la temprana aparición de la mayor necesidad de aprobación en las mujeres (Freixas, 2000).

Con respecto a **otros factores sociales, económicos y culturales**, que interseccionan con el género en la identificación y reconocimiento de los activos para la infancia de este barrio, encontramos que:

- La infancia en situación de vulneración o desventaja social vinculó, en mayor medida, su bienestar a “situaciones fantásticas”, en contraposición con otras niñas y niños, en situaciones más privilegiadas, que lo vincularon a contextos y ocupaciones “reales”. Desde el punto de vista de los derechos y la justicia ocupacionales, la falta de equidad en el acceso a ocupaciones significativas puede hacer que no asocien a su bienestar ocupaciones reales y que se utilice como refugio la **imaginación (resorcefulness)**, que pasaría a actuar como HA, como sugieren Whiting et al. (2013).
- Las familias con menor nivel socioeconómico y/o en situación de vulnerabilidad social y las del Pueblo Gitano valoraron significativamente con mayor frecuencia “tener talento” como un determinante para el crecimiento sano y feliz de la infancia. Por un lado, el talento se revela como un HA, relacionado con los identificados en investigaciones previas (Whiting et al., 2013) que puede ser tomado por estas familias como una herramienta para mejorar la situación de sus hijos, hijas o menores a cargo. Por otro lado, en el caso de las familias del Pueblo Gitano, las publicaciones previas recogen el talento entre sus valores (Emeric, 2015); sería importante tomar en consideración este tema para profundizar en él, desde la competencia y humildad cultural (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Foronda et al., 2016).
- Las familias de origen africano mostraron una mayor valoración del acceso a la cultura para el bienestar y la felicidad de la infancia, lo que conecta con la

tendencia de los enfoques basados en activos que ponen el foco especialmente en los activos culturales y políticos (Álvarez-Dardet, 2015) y con la consideración de la tolerancia e identidad culturales como HAs que se reporta en trabajos previos (Morgan y Ziglio, 2007; Soriano-Ayala, 2020). Se recomienda profundizar en la investigación cualitativa con esta población para poder determinar el significado atribuido a la cultura y el alcance transcultural de las valoraciones de tipo colonial sobre lo que es positivo para la salud y el bienestar de la infancia, incorporando la humildad cultural (Foronda et al., 2016).

Atendiendo al acceso a los activos, en los resultados del panel de personas expertas estas expresaron, reiteradamente, las grandes **desigualdades** existentes entre la infancia que cohabita en un mismo contexto y que se manifiestan tanto en **los entornos físicos y viviendas**, con grandes diferencias entre unas zonas y otras, que pueden ser contiguas; como en las diferencias en el **apoyo emocional de su entorno familiar y la posibilidad de un futuro esperanzador**. No podemos comparar este hallazgo con estudios previos sobre los activos para la salud de la infancia, ya que la literatura consultada reporta una mayor homogeneidad en el estatus socioeconómico (Den Broeder et al. 2017; Thein, 2009). Sin embargo, esta heterogeneidad en determinantes sociales de la salud que condicionan las condiciones de vida sí que puede extraerse del análisis del barrio realizado en el apartado *Justificación* de esta tesis.

La infancia participante percibió la **pobreza** como una de las principales barreras para el acceso a la salud y el bienestar y también la consideró como uno de los principales factores que pueden restringir o negar el acceso a las ocupaciones que se desean o necesitan desempeñar. Entre las personas expertas también hubo bastante consenso al considerar la **pobreza o los escasos recursos económicos**, junto al **bajo estatus social**, como una de las principales barreras para el acceso a los activos para la salud y bienestar, que actúa conjuntamente con otras, como son: **barreras culturales o lingüísticas, falta de información y educación de las familias y escasez de servicios y recursos en el barrio**, lo que coincide con los hallazgos de estudios previos con profesionales sobre los HA de la infancia de un contexto en concreto (Den Broeder et al. 2017; Thein, 2009).

El porcentaje de familias que consideraban que el barrio era un buen lugar para la infancia, fue mayor en las familias de **origen** europeo que en las de origen africano y latinoamericano. En la Fase 3 con profesionales de Torrero, se identifican más dificultades en el acceso a la salud y bienestar de la infancia cuya familia procede de África (tanto del Norte como subsahariana) que en otra procedente o descendiente de otros continentes. Niñas y niños consideraron que otro de los más importantes factores dificultaba el acceso a recursos y factores potenciadores de salud era el **racismo**. Cabe señalar que, en la Fase 1, este concepto no había sido incorporado por parte del equipo investigador y fue la infancia afro-descendiente la que lo nombró como tal. Todos estos hallazgos pueden relacionarse con que el racismo persiste como fuerte eje de estigmatización y desigualdad en el imaginario colectivo (Rodríguez-García et al., 2021), influyendo en el acceso a los activos de la infancia racializada del barrio. Los hallazgos de Rodríguez-García et al. (2021) mostraron esta persistencia de la idea de raza que, según las autoras, desafía la noción idealizada de un futuro de mestizaje sin racismo. Por otra parte, reportaron que otras dimensiones de la diversidad, como la religión (en este caso la musulmana) también son racializadas y se convierten en factores que provocan discriminación, estigmatización y opresión. Rodríguez-García et al. (2021) recomiendan visibilizar y tomar en consideración esta dimensión en las investigaciones, por lo que sería necesario profundizar en este tema en estudios futuros en el contexto de Torrero-La Paz.

La infancia participante en el photovoice identificó la separación y la no existencia de una convivencia real fuera del colegio, apuntando a que en clase se convive, pero fuera no. Tanto la infancia del Pueblo Gitano, como otras niñas y niños pusieron como ejemplo de esta segregación por grupos que “gitanos” y “payos” apenas se mezclan en las calles y otros espacios públicos, lo que está conectado con los datos que reflejan las desigualdades, segregación y discriminación que sufre el **Pueblo Gitano** (Arza y Carrón, 2015; Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Damonti y Arza, 2015; La Parra, et al. 2016).

En los resultados del panel de personas expertas observamos la persistencia en el discurso del “modelo de bloqueo” frente a la competencia cultural, que sobredimensiona el factor cultural, y atribuye a la cultura y a supuestas herencias y

costumbres ancestrales cualquier desajuste o dificultad (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019). Sin embargo, este modelo coexiste, sobre todo en las propuestas de acción y en el reconocimiento de la discriminación histórica a la que este pueblo ha estado expuesto (Arza y Carrón, 2015), con el “modelo de apertura” (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019; Kirmayer; 2012)

Al poner el foco en el **género**, se observa que entre profesionales no se alcanzó el consenso. Algunas personas no le atribuyeron a este determinante influencia en las desigualdades, aduciendo que el trato es igualitario entre niñas y niños, mientras que otras consideraron que condiciona enormemente la salud y el bienestar presente y futuro. Por otra parte, las niñas consideraron el **machismo** como barrera en mayor medida que los niños, probablemente porque les afecta más directamente. Las publicaciones previas sitúan el género como uno de los principales ejes de desigualdad en salud a tener en cuenta para su incorporación en investigaciones y estrategias de salud comunitaria (Artazcoz et al., 2018; Borrell y Artazcoz, 2008; Font-Ribera et al., 2014).

En el discurso de la infancia y de las personas expertas se recogió como barrera para el acceso a los HA de la infancia la **inseguridad en el barrio**. La seguridad está considerada como una de las dimensiones del capital social y se han observado diferencias en la influencia en hombres y mujeres, afectando más a estas últimas (Eriksson et al., 2011). Las amenazas para la seguridad eran reconocidas como limitantes para el acceso a la salud y bienestar y, sobre todo, para la posibilidad de movilidad autónoma de la infancia. Según las y los participantes estaban afectadas, sobre todo, la **seguridad vial** -aumento del tráfico rodado y de la velocidad a la que circulan los coches, falta de semáforos, peligrosidad de los cruces- factores recogidos en la publicación de Marzi y Reimers (2018) y con la **seguridad física** -mala iluminación, delincuencia, “bandas”-. Entre la infancia, se recogieron alusiones al miedo de las familias y sus efectos en la posibilidad de independencia y desplazamientos en el barrio, que fueron mayores en el caso de las niñas. Este hallazgo conecta con los resultados que vincularon el miedo de las familias en contextos urbanos con la disminución de los desplazamientos activos y la práctica de ejercicio físico, sobre todo en las niñas, con consecuencias para su salud (De Meester et al., 2014; Huertas-Delgado et al., 2017). Huertas-Delgado (2017) recogen que las

diferencias entre niñas y niños se dan sobre todo en el caso de la percepción de las familias acerca de la delincuencia en el barrio, mientras que lo relacionado con la seguridad vial afecta por igual a la movilidad autónoma, con independencia del género.

En este estudio, se pone de manifiesto la dificultad para separar la influencia de distintos factores que influyen en el acceso a los activos para la salud, la interrelación e influencia de unos sobre otros y la dificultad encontrada para distinguir unos de otros, como en el caso de procedencia, etnia, cultura y raza. Esto está en consonancia con el abordaje integrado del **enfoque interseccional**, basado en cuestionar y rebatir la jerarquización y compartimentación de los marcadores sociales que actúan como ejes de desigualdad y opresión tales como: género, clase, raza, etnia, procedencia, discapacidad y orientación sexual (Couto, 2019). Por lo que se recomienda incorporar esta perspectiva en investigaciones posteriores.

Por último, aunque ya ha sido nombrado en el apartado anterior como activo, resulta pertinente incidir, considerándolos como **fortalezas o facilitadores del acceso** a otros HA las **redes de apoyo y ayuda mutua** y la **solidaridad en el barrio** en línea con los estudios que reportaron que infancia y adolescencia valoran componentes que generan capital social, ligado a la capacidad de la comunidad para enfrentar la adversidad conjuntamente y movilizar sus propios recursos (Eriksson M y Dahlblom, 2020; Pérez-Wilson et al., 2015).

El modelo de Activos en la Terapia y la Ciencia Ocupacional

De nuestra investigación se desprende que; a pesar de que los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud se han ido incorporando a las investigaciones, enfoques teóricos e intervenciones desarrolladas desde la Terapia Ocupacional (TO); el uso del concepto de activos para la salud y los enfoques basados en activos ha sido escaso, tanto en TO, como en CO. Esto marca una diferencia con el creciente interés en otras disciplinas como la psicología, la enfermería, la medicina, las ciencias sociales y la salud pública (Van Bortel et al., 2019).

Bradley y Scott (2021) señalan que los planteamientos y filosofía que reconocen los efectos positivos sobre la salud y bienestar de la actividad y de la conexión social basada en esta actividad, que son las bases de la prescripción social, están presentes en los paradigmas y enfoques de la TO y la CO (Wilcock, 2006). Además, la TO tiene, desde Meyer (1922), una dilatada trayectoria en la recomendación de actividades para mejorar la salud y el bienestar de personas con problemáticas socio-sanitarias de diversa índole (Bradley y Scott, 2021). Los primeros hallazgos de nuestra investigación refuerzan la idea, que sustenta la TO, de que la **participación en ocupaciones significativas** es beneficiosa para la salud y el bienestar de las personas en general y de la infancia en particular, revelándose esta como HA para la infancia del barrio en las distintas fases de la investigación.

Ahondando en los factores que hacen que las ocupaciones faciliten el acceso a la salud y bienestar de la infancia de Torrero, encontramos, además de la conexión con el HA *compromiso con el aprendizaje* (Search Institute, 2006), la importancia para la salud y la participación ocupacional de las conexiones sociales (**“hacer con” y “pertenecer”**) para que las ocupaciones sean verdaderamente beneficiosas para la salud y el bienestar (Hammell, 2008; Wilcock y Hocking, 2015). Además, si atendemos a la relevancia otorgada, tanto por la infancia como por los profesionales, a la solidaridad y el bienestar de otras personas, emerge la dimensión **“hacer para”** los y las demás (Pino et al., 2015). Cabe destacar, que, en nuestro estudio, la **conexión cultural** se revela como uno de los componentes clave de la pertenencia (Hammell, 2008), lo que está en consonancia con

la consideración de la *tolerancia cultural* y la *identidad cultural* como activos para la salud (Morgan y Ziglio, 2007; Soriano-Ayala, 2020).

La visión holística de la salud, que caracteriza a la TO, posibilita prestar especial atención a la influencia de los entornos (físico y social) en la salud y el bienestar. Así, la influencia de las desigualdades y de los determinantes sociales de la salud en el acceso a las ocupaciones de los individuos y las comunidades se ha estudiado e incorporado a la Terapia Ocupacional y a la Ciencia Ocupacional (Wilcock y Hocking, 2015), lo cual está muy vinculado con el concepto de derechos ocupacionales, definidos por Hammell (2008) como “el derecho de todas las personas a participar en ocupaciones significativas que contribuyan positivamente a su propio bienestar y el bienestar de sus comunidades” (Hammell, 2008, p.62). Desde TO y CO podemos comprender que la limitación o restricción de la libertad de elección o del acceso a ocupaciones significativas, satisfactorias y diversas, limita la posibilidad de desarrollo integral de la identidad de la infancia (Wilcock y Hocking, 2015). Así, las limitaciones en la **elección ocupacional** expresadas por la infancia participante, conectan con los hallazgos de Galvaan (2014), quien cuestionó el concepto de las elecciones ocupacionales, debido a que en contextos de gran vulnerabilidad las ocupaciones están prácticamente “predestinadas”, lo que determina la supresión de oportunidades para el acceso a estos HA.

En nuestro estudio emergió, en la infancia de Torrero, la injusticia ocupacional: **desequilibrio ocupacional** (Durocher et al., 2021), ya que el tiempo dedicado al colegio y tareas escolares lo percibían como mucho mayor que el que dedican a ocupaciones de juego y ocio, problemática identificada en trabajos previos, que implica dificultades de atención a las necesidades sentidas de la infancia (González-Lagos et al., 2017).

De esta investigación también se desprende la necesidad de tomar en cuenta una **perspectiva interseccional de género** a la hora de analizar y valorar los HA de la infancia de esta comunidad, lo que está en línea con los aportes de Ferrufino et al., 2019 que abogan por la inclusión en la TO de esta perspectiva y también del transaccionalismo para tomar en consideración la importancia, influencia y determinación de los diversos contextos y entornos y también la perspectiva histórico-social de la ocupación. (Galheigo, 2012; Hocking, 2020; Ferrufino et al., 2019).

En esta tesis, se recogen hallazgos que ponen de manifiesto que algunos de los principales HA de la infancia de Torrero-La Paz son recursos y factores de la propia comunidad, donde la base y el motor es la comunidad y no los profesionales, en línea con los planteamientos de Bradley y Scott (2021), que advierten de que los modelos clásicos de prescripción social actúan desde un reduccionismo médico que deja fuera, no sólo las valiosas aportaciones que podría realizar la TO, sino también las de las propias comunidades. Este reduccionismo ha sido también cuestionado desde profesionales y equipos referentes en salud comunitaria en España, que proponen el uso la “recomendación basada en activos” en vez de prescripción social, debido a que tiene un sentido más amplio e inclusivo, basado en la búsqueda consensuada, activa y con la participación de individuos, ciudadanía, asociaciones y administraciones (Astier et al., 2019, López et al., 2017)

De todo lo anterior se desprende que la TO y la CO comparten, no sólo planteamientos comunes con el Modelo de Activos, sino una evolución similar en cuanto a paradigmas. Siendo los actuales planteamientos emergentes desde la TO Comunitaria, basados en paradigmas críticos y decoloniales (Mondaca, 2017; Morrison y Araya, 2018; Pino et al., 2015; Silva, 2021; Ramugondo y Kronenberg, 2015; Valderrama, 2019), compatibles con el enfoque basado en activos o con el ABCD. Así, al igual que estos últimos suponen ampliar la mirada desde los activos individuales o la clasificación clásica hacia un trabajo y compromiso sistemático con las comunidades y todas las partes interesadas y la consideración de la interacción e interdependencia entre HA internos y externos (Van Bortel et al., 2019, Pérez-Wilson, 2015); desde la TO y la CO se propone tener en cuenta las dimensiones sociopolítica, cultural y afectiva de las personas, grupos y comunidades inherentes a las ocupaciones, contribuyendo a investigaciones contextualizadas (Silva, 2021). Para potenciar el potencial generador de salud y mitigador de desigualdades de la participación ocupacional se recomienda también tomar en consideración la interacción entre los diversos contextos y entornos (Ferrufino et al., 2019, Hocking, 2020).

Se recomienda profundizar en la investigación de las ocupaciones como HA de la infancia y en las sinergias que se pueden establecer entre los enfoques basados en activos y la TO y la CO.

Propuestas de mejora

Las propuestas aportadas las personas participantes constituyen el aspecto de mayor utilidad, de cara a que los hallazgos de esta tesis contribuyan, en cierta medida, a la mejora de la salud y bienestar y a la disminución de las desigualdades para la infancia del barrio de Torrero, como sugieren los principios de los enfoques basados en activos (Cassetti et al., 2019; Morgan y Ziglio, 2007; Van Bortel et al., 2019). Por otra parte, poder recoger las estrategias y prácticas de profesionales de diversos ámbitos y de la propia infancia de este contexto en concreto y ponerlas en relación permite una visión más amplia y compleja y una mejor adaptación a las necesidades reales de la infancia del barrio, como sugieren trabajos previos (Pons-Vigués, 2017).

En las propuestas de la infancia volvemos a constatar el potencial de su participación en las investigaciones sobre salud y bienestar infantil, siempre y cuando se usen las herramientas apropiadas y se consiga que se sientan como interlocutores e interlocutoras válidas, capaces y cocreadoras de salud (Ben-Arieh, 2005; Casas Aznar, 2020; Vaccarino-Ruiz et al., 2021; Whiting et al., 2013) Propusieron acabar con las barreras para el acceso a la salud y el bienestar (pobreza, racismo, machismo) y la accesibilidad universal con recursos gratuitos, ayudas y becas. Además, destacaron la necesidad de mejorar la convivencia en el barrio, la equidad de oportunidades entre chicas y chicos, mejoras en el acceso a recursos y espacios que sienten realmente útiles y que les generan felicidad y sentirse seguros y seguras.

Tanto infancia como profesionales propusieron apoyar y cuidar mejor espacios, recursos y servicios que ya existen en la comunidad, lo que conecta con la idea de que, a menudo, los HA son recursos propios de la comunidad y no deben ser necesariamente propuestos por los profesionales sanitarios, cuya función puede ser también la de apoyar, facilitar y fortalecer los activos comunitarios (Bradley y Scott, 2021; Astier et al., 2019, López et al., 2017).

Las y los expertos priorizaron el trabajo con familias y la educación. Apuntaron a lo fundamental de colaborar con las personas y colectivos vulnerables y la participación comunitaria, lo cual está en concordancia con el “modelo de apertura” (Arza-Porras y Rodríguez-Camacho, 2019). En consonancia con estudios previos sobre activos para la

salud de la infancia realizados con profesionales (Den Broeder et al., 2017; Thein, 2009), consideraron prioritaria la mejora de los servicios y el presupuesto para infraestructuras. Las personas participantes en el panel de expertos también propusieron el trabajo en red, incluyendo a la comunidad; profundizar en la coordinación y mayor apoyo de las administraciones, lo que está en línea con los hallazgos de estudios previos con participación de profesionales (Den Broeder et al. 2017; Thein, 2009; Pons-Vigués, 2017).

Limitaciones y fortalezas

Limitaciones:

Cabe preguntarse, si al adaptar el lenguaje para acercarlo a las personas participantes, explicando en otros términos conceptos manejados en esta tesis, tales como ocupación, capital social, activos para la salud, facilitadores y barreras; este ha seguido manteniendo el significado y alcance que se da en la literatura y se corresponde con las interpretaciones del equipo investigador. Esta limitación puede haberse producido más en el caso del cuestionario para familias y el estudio Delphi con profesionales, debido a que no han sido administrados de manera presencial con la imposibilidad de aclarar el alcance de las cuestiones a tratar.

El carácter voluntario y por escrito de la participación de las familias pudo tener influencia, tanto en el número de participantes, como en el perfil socio-económico de estos, con un mayor porcentaje de personas con alto nivel educativo, nivel de ingresos medio y cuyo país de origen coincide con el de residencia (España). Aunque el equipo investigador invirtió esfuerzos en facilitar la participación de familias que pertenecían a colectivos en mayor situación o riesgo de vulneración social (Pueblo Gitano, migrantes, bajo nivel de ingresos, bajo estatus social) resulta imposible determinar si los datos obtenidos son representativos de la diversidad presente en el barrio. La dificultad para acceder a las familias a través del colegio y por escrito también se puso de manifiesto con los consentimientos informados, ya que los que volvieron firmados no representaban la diversidad de la población. Se superó esta limitación accediendo a las familias personalmente para explicar el proyecto.

Además, en las familias, la mayor participación de mujeres también limita la comparación de resultados y la incorporación de la perspectiva de género al análisis. No obstante, como se afirma anteriormente en este trabajo, esta mayor participación de las mujeres constituye un dato en sí mismo, para analizar con una mirada desde los roles y mandatos de género, ya que corrobora que, en este barrio, siguen siendo ellas las que más participan en las actividades relacionadas con la educación de los hijos e hijas.

En cuanto al estudio Delphi, una limitación de esta técnica es el riesgo de sesgo en la selección del grupo de expertos. En este estudio el número de participantes es reducido y todos ellos mostraron su interés por participar en el proceso de investigación. Por lo que no se tuvieron en cuenta a otros expertos que no mostraron su disponibilidad para participar en el mismo.

Tanto en el caso de las familias, como en el de las personas expertas, sería aconsejable profundizar en la investigación para obtener las opiniones y percepciones de un número mayor de participantes, prestando especial interés en garantizar la representatividad de la heterogeneidad social, económica y cultural presente en el barrio.

Encontramos también que el desarrollo de las sesiones en el colegio provocó algunos sesgos en los resultados iniciales, que pudieron ser detectados gracias a la profundización en sesiones posteriores y que fueron también suplidos por el desarrollo simultáneo de algunas actividades en la asociación de intervención socioeducativa.

Fortalezas:

La principal **fortaleza** de este trabajo es que recoge las percepciones y propuestas de la propia infancia de entre 6 y 13 años sobre sus activos para la salud, algo que, como ya se ha hecho constar en apartados anteriores, no está muy presente en la literatura sobre HA. Lo que ha permitido comprobar el potencial de la participación de la infancia.

Otro aspecto a destacar, es que los hallazgos de la investigación con niños y niñas han sido complementados y puestos en relación con la perspectiva de familias y personas expertas, que también es escasa en las publicaciones previas. Poder contar con todos estos puntos de vista ha permitido diferentes aproximaciones a los objetivos del estudio y la triangulación de los datos.

La investigación se contextualizó en un barrio concreto, realizando un análisis comunitario previo. Lo que facilitó que, tanto la identificación de HA para la infancia y los factores que influyen en el acceso a los mismos, como las propuestas de mejora sean específicas para Torrero-La Paz. Esto es relevante, además, de cara a la posible utilización de los estos para contribuir a la mejora de la salud y bienestar y a la reducción de las desigualdades en salud para la infancia de esta comunidad local. Con respecto al barrio podemos destacar, además, que la heterogeneidad del barrio ha permitido estudiar las diferencias en el acceso a los activos para la salud de la infancia, dentro de un mismo contexto, y en los factores determinantes de estas que interseccionan entre sí.

Muy relacionado con la contextualización en el barrio, el marco de la Investigación Participativa ha permitido, sobre todo a la infancia, realizar un proceso de empoderamiento en el que se han ido sintiendo, paulatinamente, personas interlocutoras válidas, expertas en su propia salud y bienestar, capaces de identificar y decidir lo que necesitan, lo que tienen y lo que hay que hacer para mejorarlo.

En cuanto a la metodología utilizada cabe nombrar también algunos puntos fuertes: La combinación de metodología cualitativa y cuantitativa ha proporcionado herramientas para comprender y alcanzar los objetivos de nuestro estudio. La adaptación de estas herramientas a la edad de los y las participantes, realizada con la ayuda de personas expertas en infancia y con perspectiva de género, también ha contribuido a esta mayor comprensión.

Además, en esta tesis, se profundiza en la interrelación entre activos, capital social y desarrollo comunitario, como se recomienda en la literatura especializada.

Otra fortaleza es que la perspectiva de género ha sido una de las bases de esta investigación, en todas sus fases. Es pertinente resaltar que la necesidad de incorporar una mirada interseccional fue algo que emergió con fuerza, tanto del análisis comunitario, como de los primeros datos recabados.

Como última fortaleza, se ahonda en la interconexión entre el modelo de activos y la CO y la TO, que ha sido escasamente desarrollada hasta la fecha. Por un lado, se incorpora

la participación en las ocupaciones, especialmente las de ocio y juego y las de participación social, como HA de la infancia. Por otro lado, y en línea los enfoques basados en activos, se pone de manifiesto la importancia de la pertenencia y la conexión para que estas ocupaciones funcionen realmente en la creación o mejora de la salud y bienestar. Se revelan conexiones y complementariedad entre el Modelo de Activos y la Terapia Ocupacional que abren oportunidades de establecer sinergias entre ambos.

CONCLUSIONES

1. El interés y la profundización en el campo de los activos para la salud va en aumento, pero las investigaciones sobre HA de la infancia que incorporan su propia perspectiva y la de familias y profesionales son escasas. Como también lo son los estudios previos que profundicen y complejicen la visión de los determinantes sociales de la salud con la perspectiva interseccional de género.
2. Según nuestros resultados, la familia constituye el principal activo de tipo estabilizador para la infancia del barrio. Familia y amistades son activos externos, conectados con los activos internos (activos de “tener”), que aportan un sentimiento personal de certeza sobre el hecho de contar con recursos que mejoran las condiciones necesarias para estar sano y sentirse bien.
3. Uno de los principales activos para la salud y bienestar de la infancia en este barrio son las redes de apoyo y ayuda mutua y la solidaridad entre las personas que lo habitan. Algunos de los contextos más relacionados con la salud y bienestar son las zonas verdes y parques de Torrero-La Paz. A estos, la infancia les confiere el estatus de lugares para la relación y la convivencia. Los recursos comunitarios: de cultura, sociales, educativos y sanitarios también se identifican como HA para la infancia de esta comunidad.
4. La seguridad física y emocional (dimensión del capital social), estar con su familia, tener personas que les quieran mucho y el acceso a la sanidad son determinantes del crecimiento sano y feliz de la infancia del barrio.
5. La participación en ocupaciones significativas, entre las que destacan las de juego y ocio y las de participación social, es un HA para la infancia de este barrio. Los aspectos que hacen que éstas sean generadoras de salud son su vinculación con la pertenencia, la participación social y la aprobación y apoyo de sus familias y el aprendizaje asociado a las mismas.

6. Se constatan grandes desigualdades entre la infancia del barrio de Torrero-La Paz, tanto en la identificación, como en el acceso a los activos para la salud. Con respecto a la influencia del rol de género en la identificación de activos, destaca que las niñas situaron la vivienda entre los activos en mayor medida que los niños. Los niños, por su parte, otorgaron mayor importancia a la práctica de deportes, sobre todo fútbol, y también a los lugares “públicos”. La aprobación y bienestar de las y los demás también fue considerada como algo muy importante para el bienestar y la salud de las niñas, en mayor medida que en el caso de los niños.
7. En la identificación de activos también se constata que existen otros factores sociales, económicos y culturales, que interseccionan con el género en la identificación y reconocimiento de los activos para la infancia de este barrio.
8. Las niñas consideraron el machismo como barrera en mayor medida que los niños; mientras que, entre profesionales no se alcanzó el consenso. La inseguridad en el barrio también se considera como limitante de la salud y el bienestar de la infancia, así como de su autonomía. Teniendo un mayor impacto sobre las niñas.
9. Las desigualdades entre la infancia se manifiestan en los entornos físicos y viviendas, con grandes diferencias entre unas zonas y otras, así como en el apoyo emocional de su entorno familiar y la posibilidad de un futuro esperanzador. La pobreza o los escasos recursos económicos son percibidos como una de las principales barreras para el acceso a la salud y el bienestar y también como uno de los principales factores que pueden restringir o negar el acceso a las ocupaciones que se desean o necesitan desempeñar.
10. Otra de las barreras más influyentes en el acceso a los activos para la salud y bienestar, de la infancia del barrio son: barreras culturales o lingüísticas, falta de información y educación de las familias y escasez de servicios y recursos.

11. La infancia migrante procedente de África, así como la afrodescendiente, tiene, según la percepción de las personas expertas, mayores obstáculos para acceder a su salud que aquella cuyos orígenes están en otros continentes.
12. Se hace evidente la discriminación y vulneración que sufre la infancia del Pueblo Gitano y la persistencia del modelo de bloqueo respecto a la competencia cultural, que convive con el de apertura.
13. La infancia de Torrero-La Paz percibe desequilibrio ocupacional, al ser el tiempo dedicado al colegio y tareas escolares mucho mayor que el que dedican a ocupaciones de juego y ocio.
14. Se realizan propuestas en la línea de acabar con las barreras para el acceso a la salud y el bienestar de la infancia del barrio (pobreza, racismo, machismo) y fomentar la accesibilidad universal con recursos gratuitos, ayudas y becas. Se recomienda apoyar y cuidar mejor espacios, recursos y servicios que ya existen en la comunidad.
15. Las y los profesionales priorizan el trabajo con familias, la educación, la colaboración con las personas y colectivos vulnerables, la participación comunitaria y el trabajo en red como propuestas para mejorar la salud de la infancia de Torrero-La Paz.
16. La infancia destaca la necesidad de mejorar la convivencia en el barrio y la equidad de oportunidades entre chicas y chicos.
17. La Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación comparten, no sólo planteamientos comunes con el Modelo de Activos, sino una evolución similar en cuanto a paradigmas.

BIBLIOGRAFÍA

- AFA DEL CEIP DOMINGO MIRAL. (2022). *AFA del CEIP Domingo Miral Zaragoza* | Facebook. <https://www.facebook.com/afadomingomiral/>
- ÁLVAREZ, Ó. S., RUIZ-CANTERO, M. T., CASSETTI, V., COFIÑO, R., & ÁLVAREZ-DARDET, C. (2021). Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.002>
- ÁLVAREZ-DARDET, C., MORGAN, A., RUIZ-CANTERO, M. T. Y HERNÁN, M. (2015). Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*, 69(8), 721-723. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205096>
- ALSINA-SANTANA, R., & ZANGO-MARTÍN, I. (2022). El abordaje de terapia ocupacional considerando los activos para la salud en población joven: un análisis de la literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e2967. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR22482967>
- AMASOL. (2022). *AMASOL* | Fundación AMASOL. <https://www.amasol.es/>
- AMORÓS, C. (1994). Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de “lo masculino” y “lo femenino”. *Feminismo, igualdad y diferencia*, 23-52.
- AMPA CEIP SAINZ DE VARANDA. (2022). *AMPA CEIP Sainz de Varanda* | Facebook. <https://www.facebook.com/ampavaranda/>
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc
- ANTONOVSKY, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- ARTAZCOZ, L., CHILET, E., ESCARTÍN, P., & FERNÁNDEZ, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006> 0213-9111
- ARZA, J & CARRÓN, J. (2015). Comunidad gitana: la persistencia de una discriminación histórica. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*. 10(2), 275-299. <https://doi.org/10.14198/OBETS2015.10.2.01>
- ARZA-PORRAS, J., & RODRÍGUEZ-CAMACHO, M. F. (2019). Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 26, 59. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>
- ASTIER PEÑA, P., BENEDÉ AZAGRA, C., ÁLVAREZ, R. M., & PERELLÓ BRATESCU, A. (2019, November). *Conversando: sobrediagnóstico, sobretratamiento y recomendación de activos para la salud*. Comunidad. <https://comunidad.semfyc.es/conversando-sobrediagnostico-sobretratamiento-y-recomendacion-de-activos-para-la-salud/>
- ASOCIACIÓN EL CANTERO. (2022). *Asociación El Cantero* | Facebook. <https://www.facebook.com/elcanterodetorrero/>
- ASOCIACIÓN VECINAL MONTES DE TORRERO VENECIA. (2022). *Torrero Nuestro Barrio*. <https://avvenecia.org/torrero/>
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA (2022) Disponible en <http://idezar.zaragoza.es/visorDemografico/>
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA. (2022). Censo de Asociaciones de Torrero. https://www.zaragoza.es/sede/servicio/asociacion/?fq=junta_smultiple%3A%28%22Junta+Municipal+Torrero%22%29
- BACA ZINN, M. y THORNTON DILL, B. (2003) Theorizing Difference from Multiracial Feminism. En C. MCCANN, Carole y SEUNG-KYUNG, Kim: *Feminist Theory Reader: Local and Global Perspective*. New York, Routledge, 2003, pp. 323-324.
- BAMBÓ NAYA, R. (Ed.). (2020). *Regeneración urbana (VI). Propuestas para el barrio de Torrero-La Paz, Zaragoza* (No. 10). Prensas de la Universidad de Zaragoza.

- BAUM, C. M. (1980). Occupational Therapists Put Care in the Health System. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(8), 505–516. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.8.505>
- BAUM, F. (2017). Health Divides. Where you live can kill you. *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1345–1346. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx111>
- BEN-ARIEH, A. (2005). Where are the Children? Children's Role in Measuring and Monitoring Their Well-Being. *Social Indicators Research*, 74(3), 573–596. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-4645-6>
- BILGE, S. (2010). Recent Feminist Outlooks on Intersectionality. *Diogenes*, 57(1), 58–72. <https://doi.org/10.1177/0392192110374245>
- BORELL, C., & ARTAZCOZ, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Publica*, 82(3).
- BORRELL, C., GARCÍA-CALVENTE, M. DEL M., & MARTÍ-BOSCA, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 2–6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062243>
- BOTELLO, B. & HERNÁN, M. (2008). Opiniones de los jóvenes sobre su salud y salud mental en Huelva según el modelo de activos. XIII Congreso SEESPAS. *Gaceta Sanitaria* 23 (Espec. Congr 1), 96
- BOTELLO, B., PALACIO, S., GARCÍA, M., MARGOLLES, M., FERNÁNDEZ, F., HERNÁN, M., & COFIÑO, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27, 180-183. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- BOYT SCHELL, B. A., GILLEN, G., SCAFFA, MARJORIE. E., & COHN, ELLEN. S. (2016). *Terapia ocupacional Willard & Spackman* (Vol. 12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=728993>
- BRADLEY, G., & SCOTT, J. (2021). Social Prescribing Nomenclature, Occupational Therapy and the Theory of Institutional Work : Creating, Maintaining and Disrupting Medical Dominance. *Occupational Therapy In Health Care*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1926046>
- BRADSHAW, J. & CHZHEN, Y. (2015). The outcomes of the crisis for pensioners and children. Belgisch tijdschrift voor sociaizekerheid - 1e trimester 2015. Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid, Brussels.
- CALMEIRO, L., CAMACHO, I., & DE MATOS, M. G. (2018). Life Satisfaction in Adolescents: The Role of Individual and Social Health Assets. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E23. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.24>
- CAMPINHA-BACOTE, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- CAÑÓN RODRÍGUEZ, M. F., MARÍN, D., & FASANELLI, R. (2018). Pensando en la salud de niños y niñas, el aporte desde las representaciones sociales. *Infancias Imágenes*, 17(2), 197–208. <https://doi.org/10.14483/16579089.13293>
- CARBADO, D. W., CRENSHAW, K. W., MAYS, V. M., & TOMLINSON, B. (2013). INTERSECTIONALITY. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(2), 303–312. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>
- CARMONA-ROSADO, L., & ZAPATA-MOYA, Á. R. (2021). Los esfuerzos preventivos de las comunidades autónomas y la desigualdad socioeconómica en la obesidad o el sobrepeso infantil. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.08.004>
- CASAS AZNAR, F. (2020). Children's understandings of well-being. Towards a child standpoint. *Sociedad e Infancias*, 4, 173–174. <https://doi.org/10.5209/soci.67858>
- CASSETTI, V., POWELL, K., BARNES, A., & SANDERS, T. (2020). A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: development of a framework. *Global Health Promotion*, 27(3), 15–23. <https://doi.org/10.1177/1757975919848925>
- CLARKE, V., & BRAUN, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners* (First). Sage. https://www.researchgate.net/publication/256089360_Successful_Qualitative_Research_A_Practical_Guide_for_Beginners

- COFIÑO, R. (2013). Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). In *Atencion Primaria* (Vol. 45, Issue 3, pp. 127–128). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.001>
- COFIÑO, R., AVIÑÓ, D., BENEDÉ, C. B., BOTELLO, B., CUBILLO, J., MORGAN, A., PAREDES-CARBONELL, J. J., & HERNÁN, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(Suppl. 1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- COLOMER-REVUELTA, C., COLOMER-REVUELTA, J., MERCER, R., PEIRÓ-PÉREZ, R., & RAJMIL, L. (2004). La salud en la infancia. In *Gac Sanit* (Vol. 18).
- COUTO, M. T., DE OLIVEIRA, E., SEPARAVICH, M. A. A., & LUIZ, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- CRENSHAW, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- CRIVELLO, G., CAMFIELD, L., & WOODHEAD, M. (2009). How Can Children Tell Us About Their Wellbeing? Exploring the Potential of Participatory Research Approaches within Young Lives. *Social Indicators Research*, 90(1), 51–72. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9312-x>
- CSO KIKEMUR. (2022). *CSO KikeMur | Facebook*. <https://www.facebook.com/CSO-KikeMur-2152008751784984/>
- CUBILLO-LLANES, J., BOTELLO-DÍAZ, B., GEA-CABALLERO, V., MARCH, S., SEGURA-BENEDICTO, A., & HERNÁN-GARCÍA, M. (2018). Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.006>
- DAMONTI, P. Y ARZA, J. (2015). Exclusión social en la comunidad gitana. Una brecha que persiste y se agrava. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA. https://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014151523_8331.pdf
- DAVIS, A., & VARELA MATEOS, A. (traductora). (2004). *Mujeres, raza y clase* (Ediciones Akai, Ed.; 1st ed.).
- DE MEESTER, F., VAN DYCK, D., DE BOURDEAUDHUIJ, I., & CARDON, G. (2014). Parental perceived neighborhood attributes: associations with active transport and physical activity among 10–12 year old children and the mediating role of independent mobility. *BMC public health*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-631>
- DE SOUSA SANTOS, B. (2008). Un discurso sobre las ciencias. In *Edições Afrontamento* (Ed.), *Boaventura de Sousa Santos* (5th ed., Vol. 5, pp. 1–91). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmq3.6>
- DEN BROEDER, L., UITERS, E., HOFLAND, A., WAGEMAKERS, A., & SCHUIT, A. J. (2018). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: a qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4555-6>
- DUNDAR, H., MILLOT, B., RIBOUD, M., SHOJO, M., ATURUPANE, H., GOYAL, S., & RAJU, D. (2017). Early Childhood Development: A Missed Opportunity. In *Sri Lanka Education Sector Assessment: Achievements, Challenges, and Policy Options* (pp. 65–80). The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1052-7_ch3
- DUROCHER, E., GIBSON, B. E., & RAPPOLT, S. (2021). Justicia ocupacional: Una revisión de conceptos. *Journal of Occupational Science*, 28(4), 561–573. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1616359>
- EARLS, F., & CARLSON, M. (2001). The Social Ecology of Child Health and Well-Being. *Annual Review of Public Health*, 22(1), 143–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.143>
- EDUCARAGON. (2022). *Buscador de Centros - Educaragon*. <https://educa.aragon.es/buscador-de-centros#/search>
- EL TREBOL. (2022). *El Trébol. Asociación de tiempo libre*. <http://www.eltrebol.org/>
- Emeric, D. (2015). Aportes de la terapia ocupacional a la intervención sociocomunitaria con población gitana en riesgo de exclusión social. En Navarrete, P. A. Cantero, A. Guajardo, R. Sepúlveda, & P. Moruno (Eds.),

Terapia Ocupacional y Exclusión Social: Hacia una praxis basada en los derechos humanos. (pp. 179–213). Segismundo

ENTABAN GRUPO SCOUT. (2022). *Entaban Grupo Scout | Facebook*.

<https://www.facebook.com/entaban.gruposcout/>

ERIKSSON, M., & DAHLBLOM, K. (2020). Children's perspectives on health-promoting living environments: The significance of social capital. *Social Science & Medicine*, 258, 113059.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113059>

ERIKSSON, M., LINDGREN, U., IVARSSON, A., & NG, N. (2019). The effect of neighbourhood social capital on child injuries: A gender-stratified analysis. *Health & Place*, 60, 102205.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102205>

ERIKSSON, M., NG, N., WEINEHALL, L., & EMMELIN, M. (2011). The importance of gender and conceptualization for understanding the association between collective social capital and health: A multilevel analysis from northern Sweden. *Social Science & Medicine*, 73(2), 264–273.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.013>

FAHLBERG, B., FORONDA, C., & BAPTISTE, D. (2017). Humildad cultural: la clave para la alianza paciente-familia al afrontar decisiones difíciles. *Nursing (Ed. Española)*, 34(2), 11–13.

<https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.04.005>

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES GITANAS DE ARAGÓN. (2022). *Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón*.

<https://fagaragon.org/>

FERRUFINO, A. H., MIRANDA, V. L., JARA, R. M., YATES, G. M., & SILVA, C. R. (2019). Transaccionalismo, Interseccionalidad Feminista y Método Narrativo: aportes para la investigación en Terapia Ocupacional y Ciencia Ocupacional/Transaccionalismo, Interseccionalidade Feminista e Método Narrativo: aportes para a pesquisa em Terapia Ocupacional e Ciência Ocupacional. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 3(1), 150–161. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto17010>

FONT-RIBERA, L., GARCÍA-CONTINENTE, X., DAVÓ-BLANES, M. C., ARIZA, C., DÍEZ, E., GARCÍA CALVENTE, M. DEL M., MAROTO, G., SUÁREZ, M., & RAJMIL, L. (2014). El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 316–325.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>

FORONDA, C., BAPTISTE, D.-L., REINHOLDT, M. M., & OUSMAN, K. (2016). Cultural Humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>

FRANSEN, H., POLLARD, N., KANTARTZIS, S., & VIANA-MOLDES, I. (2015). Participatory citizenship: Critical perspectives on client-centred occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 260–266. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1020338>

FREIXAS, A. (2000). Entre el mandato y el deseo: la adquisición de la identidad sexual y de género. En C. Flecha & M. Núñez (Eds.), *La educación de las mujeres: nuevas perspectivas* (pp. 23–31). Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla

FRITZ, H., & CUTCHIN, M. P. (2016). Integrating the Science of Habit. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 36(2), 92–98. <https://doi.org/10.1177/1539449216643307>

FSG. (2022). *FSG 2017 Aragón*. <https://www.gitanos.org/informeannual/2017/aragon/index.html>

GALVAAN, R. (2015). The contextually situated nature of occupational choice: Marginalised young adolescents' experiences in South Africa. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 39–53.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2014.912124>

GALHEIGO, S. M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Tog (A Coruña)*, 9(5), 176–189.

<http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>

GONZÁLEZ-BUENO, G., ARIAS, M., & BELLO, A. (2012). *La infancia en España, 2012-2013: el impacto de la crisis en los niños*. UNICEF España.

- GONZÁLEZ-LAGOS, D. P., LEAL-BARRIGA, G. E., MONSALVES-FERRADA, N. L., & SALAZAR-BETANZO, K. A. (2017). El régimen de jornada escolar completa y la participación en el juego: una política pública en deuda con los niños y niñas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(1), 49-56. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.46377>
- GRANDÓN VALENZUELA, D. E. (2017). Terapia Ocupacional, discapacidad y género: la interseccionalidad como apertura hacia reflexiones pendientes. *Revista Ocupación Humana*, 17(2), 34-45. <https://doi.org/10.25214/25907816.170>
- GURALNIK, J. M., BUTTERWORTH, S., WADSWORTH, M. E. J., & KUH, D. (2006). Childhood Socioeconomic Status Predicts Physical Functioning a Half Century Later. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(7), 694-701. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.7.694>
- HAMMELL, K. W. (2008). Reflections on Well-Being and Occupational Rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 61-64. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.007>
- HANKIVSKY, O., & CHRISTOFFERSEN, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283. <https://doi.org/10.1080/09581590802294296>
- HERGENRATHER, K. (2009). Photovoice as Community-Based Participatory Research: A Qualitative Review. *American Journal of Health Behavior*, 33(6). <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.6.6>
- HERNÁN, M., M., CARDO, A., BARRANCO, J. F., BELDA, C., RODRÍGUEZ, S., & LAFUENTE, N. (2015). *Salud comunitaria basada en activos. Comunidad*, 17(2), 3.
- HERNÁN-GARCÍA, M. (2018). Internet, infancia y adolescencia: narrativas desde el modelo de activos para la salud. [Tesis doctoral, Programa de doctorado interuniversitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén, Escuela Andaluza de Ciencias de la Salud]. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/83789/Tesis-formato-MHG-CD-FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- HERNÁN, M., & LINEROS GONZÁLEZ, C. (2010). *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. Rev. FUNDESFAM; 2.
- HERNÁN-GARCÍA, M., MARCOS-MARCOS, J., BOTELLO-DÍAZ, B., SIMÓN-LORDA, P., & GIL GARCÍA, E. (2021). Childhood, families and the Internet: a qualitative approach on health assets. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 236-242. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.006>
- HOCKING, C. (2020). La justicia ocupacional como justicia social: La demanda moral de la inclusión. *Journal of Occupational Science*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1820661>
- HOSTINAR, C. E., & MILLER, G. E. (2019). Protective factors for youth confronting economic hardship: Current challenges and future avenues in resilience research. *American Psychologist*, 74(6), 641. <https://doi.org/10.1037/amp0000520>
- HUERTAS-DELGADO, F. J., HERRADOR-COLMENERO, M., VILLA-GONZÁLEZ, E., ARANDA-BALBOA, M. J., CÁCERES, M. V., MANDIC, S., & CHILLÓN, P. (2017). Parental perceptions of barriers to active commuting to school in Spanish children and adolescents. *European journal of public health*, 27(3), 416-421. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw249>
- IWAMA, M. K., & ALGADO, S. S. (2008). Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (8), 6. <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf>
- JOHNSON, J. A. (1986). Wellness and Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(11), 753-758. <https://doi.org/10.5014/ajot.40.11.753>
- KAIL, B. L., SPRING, A., & GAYMAN, M. (2019). A Conceptual Matrix of the Temporal and Spatial Dimensions of Socioeconomic Status and Their Relationship with Health. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(1), 148-159. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby025>
- KAVANAGH, A. M., BENTLEY, R., TURRELL, G., BROOM, D. H., & SUBRAMANIAN, S. V. (2006). Does gender modify associations between self rated health and the social and economic characteristics of local

- environments? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(6), 490–495.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.043562>
- KAWACHI, I., & BERKMAN, LISA. F. (2014). *Social Epidemiology* (L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour, Eds.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.001.0001>
- KELNER, M. (1988). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Aaron Antonovsky. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987. \$35.00. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 7(1), 77–79. <https://doi.org/10.1017/S0714980800007133>
- KIRMAYER, L.J. (2012). Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–64.
<https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- KOHLER, L. (1998). Commentary. Child public health. A new basis for child health workers. *The European Journal of Public Health*, 8(3), 253–255. <https://doi.org/10.1093/eurpub/8.3.253>
- KÖHLER, L. (2018). Children's health in Europe - challenges for the next decades. *Health Promotion International*, 33(5), 912–920. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax023>
- KRETZMANN, J. (2006). *Building Communities from inside out: A Path toward Finding and Mobilizing a Community's Assets* (Acta Publications, Ed.).
- LA PARRA, D., GIL, D. Y DE LA TORRE, M. (2016). The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethnicity and Health*, 21(5), 468–479.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- LINDSTROM B, ERIKSSON M. (2006) Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*; 21(3):238–44.
- LINDSTRÖM, B., & ERIKSSON, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*, 16(1), 17–28.
<https://doi.org/10.1177/1757975908100747>
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., & CUMMINS, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125–139.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00214-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00214-3)
- MANN, M., EDWARDS, D., & BAUM, C. M. (1986). OASIS: A New Concept for Promoting the Quality of Life for Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(11), 784–786.
<https://doi.org/10.5014/ajot.40.11.784>
- MARZI, I., & REIMERS, A. K. (2018). Children's independent mobility: Current knowledge, future directions, and public health implications. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2441.
- MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- MÉDA, D. (2002). *Le temps des femmes*, Flammarion, París.
- MEYER, A. (1922). THE PHILOSOPHY OF OCCUPATION THERAPY. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(1), 1–10.
- MINH, A., MUHAJARINE, N., JANUS, M., BROWNELL, M., & GUHN, M. (2017). A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health & Place*, 46, 155–174. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.04.012>
- MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. e I. (2015). *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*.
- MITTELMARK, M. B., SAGY, S., ERIKSSON, M., BAUER, G. F., PELIKAN, J. M., LINDSTRÖM, B., GEIR, , & ESPNES, A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- MONDACA-LUMAN, C. A. (2017). *Identidades Ocupacionales de mujeres que han vivido violencia machista: Desde una socialización patriarcal alienante a una socialización feminista emancipadora. Una experiencia colectiva de transformación*. <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/6030>

- MORENO, C., RAMOS, P., RIVERA, F., JIMÉNEZ-IGLESIAS, A., GARCÍA-MOYA, I., SÁNCHEZ-QUEIJA, I., MORENO-MALDONADO, C., PANIAGUA, C., VILLAFUERTE-DÍAZ, A., & MORGAN, A. (2016). Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en Andalucía. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- MORENO VILLARES, J. M., & GALIANO SEGOVIA, M. J. (2019). Screen-time: a new stakeholder in children and adolescent health. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.02932>
- MORGAN, A. R., RIVERA, F., MORENO, C., & HAGLUND, B. J. (2012). Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC Public Health*, 12(1), 1-12.
- MORGAN A. AND HERNAN, M. (2013). Promoting health and wellbeing through the asset model. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15, 78–86.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300001&nrm=iso
- MORGAN, A., & ZIGLIO, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14(2_suppl), 17–22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- MORRISON, R., & ARAYA, L. (2018). Feminismo(s) y Terapia Ocupacional. Preguntas y reflexiones 1 Feminism(s) and Occupational Therapy. Questions and reflections. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2. <https://www.eldiario.es/>
- MOTOS PEREZ, I. (2009). LO QUE NO SE OLVIDA: 1499-1978. *Anales de La Historia Contemporánea*, 25(EI marco histórico-jurídico), 58–74. <https://revistas.um.es/analeshc/article/view/71681>
- MUNGAI, A. (1985). The Occupational Therapist's Role in Employee Health Promotion Programs. *Occupational Therapy In Health Care*, 2(4), 67–78. https://doi.org/10.1080/J003v02n04_08
- OFICINA DE ORGANIZACIÓN Y SERVICIOS GENERALES, & OBSERVATORIO MUNICIPAL DE ESTADÍSTICA. (2021). DATOS PADRÓN MUNICIPAL DE HABITANTES. *Cifras de Zaragoza*, 8, 1–131.
- OMS (2015) Salud del niño. Disponible en: http://www.who.int/topics/child_health/es/
- OMS. (1986). *1st International Conference on Health Promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- PERCY-SMITH, B., & THOMAS, N. (2011). *A Handbook of Children and Young People's Participation: Perspectives from Theory and Practice*. Percy-Smith, B. and Thomas, N. (Vol. 34). <https://doi.org/10.1080/01609513.2011.561046>
- PÉREZ-WILSON, P., HERNÁN, M., MORGAN, A. R., & MENA, A. (2015a). Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promotion International*, 30(3), 552–562. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
- PÉREZ-WILSON, P., HERNÁN, M., MORGAN, A. R., & MENA, A. (2015b). Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promotion International*, 30(3), 552–562. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat081>
- PÉREZ-WILSON, P., MARCOS-MARCOS, J., MORGAN, A., ERIKSSON, M., LINDSTRÖM, B., & ÁLVAREZ-DARDET, C. (2021). 'A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promotion International*, 36(3), 884–894. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa084>
- PICONTÓ NOVALES, T. (2016). Fisuras en la protección de los derechos de la infancia (No. ART-2016-104082). *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho (CEFD)*
https://zaguan.unizar.es/record/64536/files/texto_completo.pdf
- PINO MORÁN, J. Á., CONCHA, M., & SEPULVEDA, R. (2015). TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA CRÍTICA: DIÁLOGOS Y REFLEXIONES PARA INICIAR UNA PROPUESTA COLECTIVA. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 12, 1–20.
- PIZZI, M. A., & RICHARDS, L. G. (2017). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 Years. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104170010p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.028456>

- POBLETE, M. J., TRONCOSO, F., & BURGOS, R. (2016). Experiencias de Terapia Ocupacional en Salud Mental Infante Juvenil: una aproximación a prácticas de derecho y participación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2), 31. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44749>
- PONS-VIGUÉS, M., BERENGUERA, A., COMA-AULI, N., POMBO-RAMOS, H., MARCH, S., ASENSIO-MARTÍNEZ, A., ... & PUJOL-RIBERA, E. (2017). Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *International journal for equity in health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0590-2>
- PROYECTO STARS. (2022). *Proyecto Stars. Educación y participación. Medioambiente y sostenibilidad. Ayuntamiento de Zaragoza*. <https://www.zaragoza.es/sede/portal/medioambiente/educacion-participacion/proyecto-stars/>
- PROYECTO STARS ZARAGOZA, & AFA CPEIP DOMINGO MIRAL. (2022). *ENTORNOS ESCOLARES AMABLES: INFORME DE ACTUACIONES CEIP*.
- RAMUGONDO, E. L., & KRONENBERG, F. (2015). Explaining Collective Occupations from a Human Relations Perspective: Bridging the Individual-Collective Dichotomy. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 3–16. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.781920>
- ROSEN, S. M. (1993). Abortion in the Eastern Bloc, then and now. *American Journal of Public Health*, 83(8), 1180–1181. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.8.1180-a>
- ROTEGÅRD, A. K., MOORE, S. M., FAGERMOEN, M. S., & RULAND, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513–525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>
- RUDMAN, M. T., FLAVELL, H., HARRIS, C., & WRIGHT, M. (2021). How prepared is Australian occupational therapy to decolonise its practice? *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(4), 287–297. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12725>
- SEARCH INSTITUTE PRESS. (2006). *El enfoque en los elementos fundamentales (Pack of 20): 40 elementos para un desarrollo sano*.
- SECTOR ZARAGOZA II. (2022). *Sector Zaragoza II: Registros Buscador de Centros Sector Zaragoza II*. <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/indice/buscar-centro/>
- SILVA, C. R., CARDINALLI, I., SANCHES SILVESTRINI, M., ZACCHI FARIAS, A., DA SILVA ALMEIDA PRADO, A. C., AMBROSIO, L., TALIANE DE OLIVEIRA, M., & DE PAULA, B. M. (2021). La Terapia Ocupacional y la cultura: Miradas a la transformación social. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 243. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.46383>
- SIMÓ, S., GUAJARDO CÓRDOVA, A., CORREA OLIVER, F., GALHEIGO, S. M., & GARCÍA RUIZ, S. (2016). *Terapias Ocupacionales Desde el Sur. Derechos Humanos, Ciudadanía y Participación* (Editorial Universidad Santiago de Chile, Ed.; 1st ed.).
- SPIJKER, J. (2020). Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 220–222. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.006>
- STAFFORD, M., CUMMINS, S., MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., & MARMOT, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1681–1692. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.028>
- STARFIELD B. (2008). *Social gradients and child health*. In *Heggenhuogen HK*, (International Encyclopedia of Public Health, Ed.).
- SZRETER, S., & WOOLCOCK, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>
- THE KINGS FUND. (2017). What is social prescribing? https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing?gclid=EAlalQobChMI1N31_YXF6wIVM4BQBh3BgwftEAAAYASAAEgJ1fD_BwE

- THEIN, K., ZAW, K. T., TENG, R. E., LIANG, C., & JULLIARD, K. (2009). Health Needs in Brooklyn's Chinatown: A Pilot Assessment Using Rapid Participatory Appraisal. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(2), 378-394. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0140>
- UNESCO. (2002). Declaración universal sobre la diversidad cultural. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>.
- UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. www.unicef.es. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf
- VACCARINO-RUIZ, S. S., GORDON, D. L., & LANGHOUT, R. D. (2021). Toward the democratization of knowledge: Using photovoice, social biography, and the “five whys” in YPAR with children. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cdp0000457>
- VALDERRAMA-NÚÑEZ, C. M. (2019). Terapias Ocupacionales del Sur: una propuesta para su comprensión. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 671–680. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1859>
- VAN BORTEL, T., WICKRAMASINGHE, N. D., MORGAN, A., & MARTIN, S. (2019). Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ Open*, 9(2), e023810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
- VECINOS LA PAZ. (2022). *Vecinos La Paz - Web informativa de los vecinos del barrio La Paz de Zaragoza*. <https://vecinoslapaz.org/>
- VERHELLEN, E. (1997). Bienestar y protección infantil. *Rechten van Kinderen En Bijzonder Jeugdbijstand*.
- VIDAL-SÁNCHEZ, M. I., LÓPEZ, E., & ROYO, N. (2017). Visibilizando los cuidados desde una perspectiva feminista en terapia ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, 15(27), 185–190. <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/colab3.pdf>
- VILLALONGA-OLIVES, E., & KAWACHI, I. (2015). The measurement of social capital. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 62–64. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.006>
- VIVEROS VIGOYA, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- WANG, C., & BURRIS, M. A. (1997). Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369–387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- WHITING, L. S., KENDALL, S., & WILLS, W. (2013). Rethinking children's public health: the development of an assets model. *Critical Public Health*, 23(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>
- WILCOCK, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (Slack, Ed.; 2nd ed.).
- WILCOCK, A., & HOCKING, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (Slack Incorporated, Ed.; Vol. 3).
- WILKINSON, R., MARMOT, M., & ACADEMIC SEARCH COMPLETE. (2003). *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. World Health Organization.
- WINKLER, J., & MOSER, R. (2016). Biases in future-oriented Delphi studies: A cognitive perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 105, 63–76. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.01.021>
- ZANGO MARTÍN, I., EMERIC, D., & CANTERO, P. A. (2012). La cultura en la intervención de terapia ocupacional: escuchando otras voces. *TOG (A Coruña) [Revista En Internet]*, 5, 125–149. <https://www.revistatog.com/mono/num5/voces.pdf>
- ZEKI AL HAZZOURI, A., HAAN, M. N., GALEA, S., & AIELLO, A. E. (2011). Life-Course Exposure to Early Socioeconomic Environment, Education in Relation to Late-Life Cognitive Function Among Older Mexicans and Mexican Americans. *Journal of Aging and Health*, 23(7), 1027–1049. <https://doi.org/10.1177/0898264311421524>

ANEXOS

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 10/04/2019, Acta Nº 07/2019 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Desigualdades sociales y de género en salud mental en la infancia. El papel del capital social y los activos en la salud

Investigadora Principal: M^a Isabel Vidal Sánchez, Universidad de Zaragoza

Versión protocolo: V.2. de 06/04/2019

Versión documento de información y consentimiento: V.2. de 06/04/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para recabar el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO II

Cuestionario Anónimo para familias

Nº de orden (a rellenar por el equipo investigador): _____

Sexo Hombre Mujer

Edad Años

Origen:

1. Europa 2. América del Norte 3. Canadá
 4. América Latina 5. África 6. Otros

País: _____

Etnia/cultura/comunidad:

1. Gitana Sí No
2. Otra. Indicar cuál: _____

Nivel de estudios

1. Sin estudios
2. Primarios completos
3. Secundarios
4. Formación Profesional de Grado Medio
5. Formación Profesional de Grado Superior
6. Universitarios

Profesión: _____

Situación de empleo:

1. Con empleo
2. En paro (con prestación)
3. En paro (sin prestación)
4. IAI
5. Jubilada/o/Pensionista

Nivel de ingresos mensuales en la unidad de convivencia:

1. Menos de 700€
2. Entre 700 y 1200€
3. Entre 1200 y 1700€
4. Entre 1700 y 2200€
5. Entre 2200 y 2700€
6. Entre 2700 y 3200€
7. Más de 3200€

¿Vive en el barrio de Torrero-La Paz? Sí No

Si ha contestado que sí ¿cuántos años hace?

¿Trabaja en el barrio de Torrero-La Paz? Sí No

Si ha contestado que sí ¿cuántos años hace?

¿Cuántos hijos tiene?

Escriba aquí sus edades y sus sexos: (M=niña, H=niño)

- | | | | |
|----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1. Edad: _____ | Sexo: _____ | 2. Edad: _____ | Sexo: _____ |
| 3. Edad: _____ | Sexo: _____ | 4. Edad: _____ | Sexo: _____ |
| 5. Edad: _____ | Sexo: _____ | 6. Edad: _____ | Sexo: _____ |
| 7. Edad: _____ | Sexo: _____ | 8. Edad: _____ | Sexo: _____ |
| 9. Edad: _____ | Sexo: _____ | 10. Edad: _____ | Sexo: _____ |

Cuestionario Anónimo para familias

Nº de personas en la Unidad de Convivencia: _____

Citar parentesco o relación convivencial: _____

¿Tiene personas mayores (ancianas) a su cargo que vivan con usted? Sí No

En caso afirmativo: número

Grado de parentesco : _____

¿Cree que este barrio es un buen lugar para niñas y niños? Sí No

¿Por qué? _____

¿Qué es, en su opinión, lo mejor de este barrio? Puede marcar más de una.

Mi familia

Lo bien que me llevo con mis vecinos

Que es un barrio no muy grande y nos conocemos casi todos/as

Mi casa

Las calles

Los parques

Que es un barrio muy reivindicativo

El Centro de Salud

Mi médico/a

Mi enfermera/o

Mi trabajador/a social

El/la pediatra

La farmacia

El colegio

El Centro Cívico

Los maestros/as

Los servicios sociales

El Trébol

Asociaciones de madres y padres, juveniles, de vecinos,... Indicar cuál: _____

Grupos deportivos, de ayuda mutua, religiosos,... Indicar cuál: _____

La Biblioteca

Las tiendas. Indicar cuáles: _____

Otros. Indicar cuáles: _____

De todo lo nombrado en la pregunta anterior ¿Hay algo que no conozca? Sí No

Si ha contestado SÍ indique qué: _____

Puntúe del 0 al 4 la importancia de los siguientes aspectos para que niñas y niños crezcan sanos y felices:

NADA IMPORTANTE	POCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	IMPORTANTÍSIMO/ FUNDAMENTAL
0	1	2	3	4

1. Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas)	0	1	2	3	4
2. Seguridad física (sentirse a salvo)	0	1	2	3	4
3. Vivienda digna	0	1	2	3	4
4. Estar con su familia	0	1	2	3	4
5. Comunicación en la familia fluida y pacífica (que se escuchen y se expliquen las cosas, que no haya gritos..)	0	1	2	3	4
6. Tener personas que le quieran mucho	0	1	2	3	4
7. Acceso a la educación	0	1	2	3	4
8. Hacer actividades que les gusten	0	1	2	3	4
9. Acceso a la sanidad	0	1	2	3	4
10. Pasar mucho tiempo con la familia	0	1	2	3	4
11. Tener talento en algo (música, deporte, arte, tecnología,....)	0	1	2	3	4
12. Que su familia le anime en lo que hace bien	0	1	2	3	4
13. Disciplina	0	1	2	3	4
14. Futuro esperanzador	0	1	2	3	4
15. Muchas zonas verdes en el barrio en que crecen	0	1	2	3	4
16. Zonas de juego en el barrio en que crecen	0	1	2	3	4
17. Acceso a la cultura	0	1	2	3	4

Añada y puntúe del 0 al 4 (donde 0 es nada importante y 4 importantísimo/fundamental) otros aspectos que considere importantes para que los niños y niñas crezcan sanos y felices:

	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

Añada lo que considere oportuno:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

CUESTIONARIO ANÓNIMO

Eres: Chica

Chico

1. Ordena del 1 al 10 la importancia de estas cosas para que la gente de este barrio **de tu edad** esté sana y feliz. **1 es lo más importante y 10 lo menos** y luego escribe por qué eso te puede hacer sentir bien en una palabra o frase corta:

___ El cole **porque** _____

___ Las y los profes **porque** _____

___ Mis amigas/os **porque** _____

___ Hacer cosas que me gusten y/o sean importantes para mí **porque** _____

___ La familia **porque** _____

___ Los parques y las zonas verdes **porque** _____

___ Tener una casa acogedora y agradable, donde no pase frío ni calor y con un cuarto propio **porque** _____

___ Tener cosas materiales: juguetes, ordenadores, móviles, ropa, colecciones de cosas **porque** _____

___ Que el barrio sea un lugar seguro y limpio para poder salir sin miedo **porque** _____

___ El contacto con los animales y la naturaleza **porque** _____

Otras cosas ¿? Di cuáles y por qué _____

2. ¿Crees que las y los más pequeños necesitan las mismas cosas?

Sí

No

Si has contestado no ¿puedes explicar por qué? _____

3. ¿Qué hace falta en este barrio para que las personas de entre 6 y 13 años sean más felices y estén más sanas?

4. De estas cosas, que nombrasteis el año pasado en los grupos, ¿cuáles crees que hacen más difícil la vida y la salud de chicas y chicos de este barrio, intenta pensar en tod@s (no sólo en tu realidad):

POBREZA

Muchísimo	Mucho	Bastante	Poco	Nada

MACHISMO

Muchísimo	Mucho	Bastante	Poco	Nada

RACISMO

Muchísimo 	Mucho 	Bastante 	Poco 	Nada
---------------	-----------	--------------	----------	----------

PROBLEMAS CON LA FAMILIA

Muchísimo 	Mucho 	Bastante 	Poco 	Nada
---------------	-----------	--------------	----------	----------

NO PODER HACER LAS ACTIVIDADES QUE QUIEREN O NECESITAN

Muchísimo 	Mucho 	Bastante 	Poco 	Nada
---------------	-----------	--------------	----------	----------

5. Para que una actividad o una cosa que haces te haga sentir bien ¿qué es importante?

PARA QUE ME HAGA SENTIR BIEN ES	NADA IMPORTANTE	POCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	IMPORTANTÍSIMO / FUNDAMENTAL
Hacerla con mis amigxs					
Sentir que lo hago bien (que soy buenx en eso)					
Hacerla con gente con la que me siento a gusto					
Que mi familia se sienta orgullosa de mí					
Aprender cosas					
Salir de casa para hacerla					

6. ¿Crees que se tienen en cuenta las opiniones de la gente más joven (entre 6 y 14 años) cuando se piensa en qué hacer en los barrios? Sí No

7. ¿Crees que si os preguntaran podríais dar buenas ideas? Sí No

8. ¿Qué se podría hacer en este barrio para mejorarlo? Cuenta una idea que se te ocurra para cada una de estas cosas:

- Mejorar la convivencia: _____
- Que todas las chicas y chicos tuvieran las mismas oportunidades en la vida: _____
- Que pudierais acceder a hacer las cosas que os hacen felices y os hacen estar bien: _____
- Poder ir seguros/as por las calles: _____
- Tener lugares agradables a los que ir y en los que estar: _____
- Otras sugerencias/ideas: _____

9. AÑADE LO QUE QUIERAS:

ANEXO IV: Guion para entrevista en profundidad. Fase 3

GUION: ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. Datos personales: edad, sexo, profesión
2. ¿Cuál es su vinculación con este barrio? ¿Desde cuándo?
3. ¿Por qué le interesaba realizar esta entrevista?
4. ¿Qué es para usted la salud? Si no la incluye: preguntar por la emocional/mental y social
5. ¿Qué cree que es lo más importante para la salud de la infancia?
6. ¿Cómo cree que es la salud mental de la infancia del barrio?
7. ¿Qué hay en este barrio que sea bueno para la salud de niñas y niños? ¿Qué falta?
8. Preguntar opinión sobre la importancia en la salud de la infancia de:
 - La familia
 - Relaciones entre vecinos/as
 - Viviendas dignas y en condiciones de salubridad
 - Calles
 - Parques
 - Movimientos sociales reivindicativos
 - El Centro de Salud
 - Profesionales sanitarios
 - Los Servicios sociales
 - El colegio
 - Los maestros/as
 - El Centro Cívico
 - El Trébol
 - El Centro Deportivo Municipal
 - El movimiento asociativo (Asociaciones de madres y padres, juveniles, de vecinos,..)
 - Grupos deportivos, de ayuda mutua, religiosos,...
 - La Biblioteca
 - Las tiendas. Indicar cuáles: _____
9. ¿Qué cree que hay que hacer para mejorar la salud mental de la infancia del barrio?
¿Por dónde deberíamos empezar? ¿Con quiénes deberíamos contar? ¿Qué redes deberíamos tejer o reforzar?

CUESTIONARIO 1. DELPHI ACTIVOS INFANCIA TORRERO-LA PAZ

Este estudio forma parte de la Investigación "Desigualdades sociales y de género en salud en la infancia. El papel del capital social y los activos en salud", aprobada por el Comité de Ética en la Investigación de Aragón.

El principal objetivo de esta fase, en la que usted participa, es identificar los activos para la salud (fortalezas y recursos que mejoran y mantienen la salud y que ayudan a acabar con las desigualdades en salud) de la infancia del barrio y las estrategias que podrían fomentarlos.

En un primer momento el equipo investigador debe poder identificar a los y las informantes clave que participan en el Delphi para poder registrar quiénes responden y realizar las siguientes vueltas; también se le solicitará el correo electrónico para que, si lo desea, pueda recibir una copia de sus respuestas. Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a sus datos y nadie ajeno a la investigación podrá consultarlos.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

Es importante que NO comparta sus respuestas e impresiones con otras personas que participan en el Delphi hasta que hayamos finalizado la recogida de respuestas de todas las fases

Del mismo modo, es importante que, si se compromete a participar, lo haga hasta el final de este estudio

PARA CUALQUIER DUDA. INCIDENCIA O CONSULTA PUEDE CONTACTAR CON LA INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Isabel Vidal Sánchez.

Mail: vidal@unizar.es

Teléfono: 666914929

*Obligatorio

1. Correo *

2. He recibido suficiente información sobre el estudio y comprendo que mi participación es voluntaria: *

Marca solo un óvalo.

Sí

DATOS PARTICIPANTE

3. *Este dato sólo se recoge para facilitar las siguientes vueltas del Delphi y asegurarnos de que sólo participan informantes clave. Al analizar los resultados se anonimizarán* NOMBRE:

4. Es usted:

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

Otro: _____

5. ÁMBITO EN EL QUE INTERVIENE (marcar sólo uno, el que más represente su labor)

Marca solo un óvalo.

SOCIAL

SANITARIO

EDUCACIÓN FORMAL

EDUCACIÓN NO FORMAL

6. PROFESIÓN

7. POBLACIÓN CON LA QUE DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO SU LABOR EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (puede marcar más de una)

Selecciona todos los que correspondan.

- INFANCIA DE 3 A 5
- INFANCIA DE 6 A 9
- INFANCIA DE 10 A 12
- FAMILIAS
- PERSONAS ADULTAS QUE TIENEN INFANCIA A SU CARGO

8. AÑOS DE EXPERIENCIA EN TORRERO-LA PAZ

Marca solo un óvalo.

- 2-3 AÑOS
- 4-5 AÑOS
- 6-7 AÑOS
- MÁS DE 7 AÑOS
- Otro: _____

9. RESIDE USTED EN TORRERO-LA PAZ *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10. Si ha contestado sí ¿Cuántos años lleva viviendo en el barrio?

CRECIMIENTO SANO Y FELIZ

11. ¿Cree que Torrero-La Paz es un buen barrio para que la infancia crezca sana y feliz?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- Otro: _____

12. Indique por qué

DETERMINANTES DE CRECIMIENTO SANO Y FELIZ

Puntúe del 0 al 4 la importancia de los siguientes aspectos para que niñas y niños crezcan sanos y felices, Siendo 0 NADA IMPORTANTE y 4 IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

13. 1. Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas) *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/ FUNDAMENTAL

14. 2. Seguridad física (sentirse a salvo) *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/ FUNDAMENTAL

15. 3. Vivienda digna *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

16. 4. Estar con su familia *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

17. 5. Comunicación en la familia fluida y pacífica *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

18. 6. Tener personas que le quieran mucho *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

19. 7. Acceso a la educación *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

20. 8. Hacer actividades que sean importantes para ellas/os *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

21. 9. Acceso a la sanidad *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

22. 10. Tener talento en algo (música, deporte, arte, tecnología,...) *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

NADA IMPORTANTE IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

23. 11. Que su familia le anime en lo que hace bien *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

NADA IMPORTANTE IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

24. 12. Disciplina *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

NADA IMPORTANTE IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

25. 13. Futuro esperanzador *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

NADA IMPORTANTE IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

26. 14. Muchas zonas verdes en el barrio en que crecen *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

27. 15. Zonas de juego en el barrio en que crecen *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

28. 16. Acceso a la cultura *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO/FUNDAMENTAL

29. Añada los aspectos que considere importantes para el desarrollo sano y feliz de la infancia del barrio de Torrero-La Paz y que cree que no están reflejados en las cuestiones anteriores

30. En su opinión, ¿qué DIFICULTA el acceso a la salud y el bienestar de la infancia de Torrero-La Paz? Indique 4 factores y ordénelos de mayor a menor influencia: *

EL BARRIO PARA LA INFANCIA

Puntúe cómo cree que es el barrio con respecto a la infancia donde 0 es muy deficitario y 4 es excelente en cuanto a:

31. 1. Convivencia intercultural *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

32. 2. Redes de apoyo y ayuda mutua *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

33. 3. Servicios y recursos sociales *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

34. 4. Servicios y recursos sanitarios *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

35. 5. Servicios y recursos educativos *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

36. 6. Apoyo emocional dentro de las familias *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

37. 7. Acceso a actividades que fomenten su desarrollo *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

38. 8. Calles *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

39. 9. Vivienda *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

40. 10. Zonas verdes *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

41. 11. Acceso a la cultura *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

42. 12. Futuro esperanzador *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
MUY DEFICITARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXCELENTE

DIFERENCIAS EN EL ACCESO

43. ¿Cree que hay diferencias significativas en el acceso a la salud y el bienestar de la infancia dependiendo de la edad? *

Marca solo un óvalo. Sí No

44. Si ha contestado SÍ ¿Quiénes tienen mayores dificultades?

45. ¿Cree que hay diferencias significativas en el acceso a la salud y el bienestar de la infancia dependiendo del género? *

Marca solo un óvalo. Sí No

46. Si ha contestado Sí ¿Quiénes tienen mayores dificultades?

47. ¿Cree que hay diferencias significativas en el acceso a la salud y el bienestar de la infancia dependiendo de la etnia? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

48. Si ha contestado Sí ¿Quiénes tienen mayores dificultades?

49. ¿Cree que hay diferencias significativas en el acceso a la salud y el bienestar de la infancia dependiendo de la procedencia/origen? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

50. Si ha contestado Sí ¿Quiénes tienen mayores dificultades?

51. ¿Cree que hay diferencias significativas en el acceso a la salud y el bienestar de la infancia dependiendo del estatus socio-económico? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

52. Si ha contestado Sí ¿Quiénes tienen mayores dificultades?

53. Si considera que hay algún otro factor que condiciona el acceso a la salud y bienestar de las niñas y niños de Torrero que no ha sido reflejado por favor indíquelo/s

OCUPACIONES EN LA INFANCIA

Señale la importancia de los siguientes aspectos para que una actividad sea beneficiosa para el desarrollo y la salud emocional y mental de las niñas y niños:

54. Hacer la actividad con amig@s *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

55. Sentido de competencia (sentir que lo hace bien) *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

56. Sentimiento de pertenencia a un grupo *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

57. Que su familia se sienta orgullosa *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

58. Aprendizaje *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

59. Que esa actividad le permita salir del entorno familiar *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

60. Que fomente su autonomía *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

61. Que fomente su solidaridad *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

62. Que le permita desarrollar su creatividad *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4		
NADA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IMPORTANTÍSIMO

63. Añada otros aspectos que considera importantes para que las actividades/cosas que hacen los niños y niñas del barrio sean buenas para su desarrollo y bienestar emocional.

¿QUIÉN LO TIENE MÁS DIFÍCIL?

Ordene del 1 al 11 la influencia de los siguientes determinantes para DIFICULTAR el acceso a la salud, el bienestar y los activos para la salud de los niños y niñas de Torrero-La Paz. Donde 1º es QUIÉN LO TIENE MÁS DIFÍCIL. *Por favor, coloque SÓLO UN ítem en cada posición*

64. Niñas

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

65. Infancia del Pueblo Gitano

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

66. Infancia cuya familia procede del Norte de África

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

67. Infancia cuya familia procede del África Subsahariana

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

68. Infancia cuya familia procede de Latinoamérica

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

69. Infancia cuya familia procede de Asia

Marca solo un óvalo.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

70. Infancia cuya familia procede de Rumanía

Marca solo un óvalo.

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

71. Niñas y niños con escasos recursos económicos

Marca solo un óvalo.

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

72. Niñas y niños con bajo estatus social

Marca solo un óvalo.

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11°

73. Infancia expuesta a violencia dentro de su ámbito familiar

Marca solo un óvalo.

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11°

74. Infancia expuesta a violencia fuera de su ámbito familiar

Marca solo un óvalo.

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

75. Por favor, explique por qué ha situado ese el 1º y añada lo que quiera respecto a este punto

PROPUESTAS DE ACCIÓN

¿Qué se podría hacer en este barrio para mejorarlo PARA LA INFANCIA? Aporte una idea que se le ocurra para cada una de estas cosas:

76. Mejorar la convivencia:

77. Igualar las oportunidades en la vida:

78. Mejorar el acceso a las cosas y actividades que les hacen felices y les hacen estar bien:

79. Fomentar la autonomía y la seguridad de niños/as en las calles:

80. Fomentar lugares agradables a los que ir y en los que estar

81. Otras sugerencias e ideas

¿Qué sería importante para mejorar el barrio para la infancia?

82. Presupuesto para infraestructuras *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

Nada importante Importantísimo

83. Más servicios sociales *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

84. Mejorar la convivencia *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

85. Más educación para familias *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

86. Aumentar la participación social/comunitaria *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

87. Más servicios sanitarios *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

88. Mayor compromiso por parte de profesionales que atienden a la infancia *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Importantísimo

89. Otros. Indique cuáles y añada lo que considere

90. Nombre, COMO MÍNIMO, un par de cosas concretas que se podían aportar desde su centro, recursos, asociación, ámbito para fomentar un barrio más sano (física y emocionalmente) para la infancia y contribuir a acabar con las desigualdades en salud que afectan a niños y niñas de Torrero-La paz

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

El equipo investigador analizará las respuestas y EN SEPTIEMBRE usted recibirá otro cuestionario para llegar al acuerdo entre participantes. Le recordamos que, para que los resultados sean fiables, es muy importante que las personas participantes sean las mismas en todas las fases y que no comparta sus respuestas y reflexiones con el resto de participantes hasta que finalice el proceso de recogida de datos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CUESTIONARIO 2: Delphi activos infancia Torrero

Este estudio forma parte de la Investigación "Desigualdades sociales y de género en salud en la infancia. El papel del capital social y los activos en salud", aprobada por el Comité de Ética en la Investigación de Aragón.

El principal objetivo de esta fase, en la que usted participa, es identificar los activos para la salud (fortalezas y recursos que mejoran y mantienen la salud y que ayudan a acabar con las desigualdades en salud) de la infancia del barrio y las estrategias que podrían fomentarlos.

Como sabe, el equipo investigador debe poder identificar a los y las informantes clave que participan en el Delphi para poder registrar quiénes responden; también se le solicitará el correo electrónico para que, si lo desea, pueda recibir una copia de sus respuestas. Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a sus datos y nadie ajeno a la investigación podrá consultarlos.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

*Es importante que NO comparta sus respuestas e impresiones con otras personas que participan en el Delphi hasta que hayamos finalizado la recogida de respuestas.

PARA CUALQUIER DUDA. INCIDENCIA O CONSULTA PUEDE CONTACTAR CON LA INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Isabel Vidal Sánchez.

Mail: vidal@unizar.es

Teléfono: 666914929

*Obligatorio

1. Correo *

2. He recibido suficiente información sobre el estudio y comprendo que mi participación es voluntaria: *

Marca solo un óvalo.

Sí

Datos participante

3. *Este dato sólo se recoge para asegurarnos de que sólo participan informantes clave. Al analizar los resultados se anonimizarán* NOMBRE: *

4. Es usted: *

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

Otro: _____

5. ÁMBITO EN EL QUE INTERVIENE (marcar sólo uno, el que más represente su labor): *

Marca solo un óvalo.

SOCIAL

SANITARIO

EDUCACIÓN FORMAL

EDUCACIÓN NO FORMAL

6. PROFESIÓN:

DETERMINANTES DE CRECIMIENTO CRECIMIENTO SANO Y FELIZ

7. Señale el aspecto MÁS IMPORTANTE para la salud y bienestar de la infancia de Torrero-La Paz . Marcar SOLO UNO:

Marca solo un óvalo.

- Seguridad económica (tener cubiertas las necesidades básicas)
- Seguridad física (sentirse a salvo)
- Vivienda digna
- Estar con su familia
- Comunicación en la familia fluida y pacífica (que se escuchen y se expliquen las cosas, que no haya gritos..)
- Tener personas que le quieran mucho
- Acceso a la educación
- Hacer actividades que les gusten
- Acceso a la sanidad
- Pasar mucho tiempo con la familia
- Tener talento en algo (música, deporte, arte, tecnología,...)
- Que su familia le anime en lo que hace bien
- Disciplina
- Futuro esperanzador
- Muchas zonas verdes en el barrio
- Zonas de juego en el barrio
- Acceso a la cultura
- Lugares para la convivencia intercultural (que puedan coincidir, conocerse y relacionarse personas de diversas culturas)
- Buenas propuestas educativas desde los colegios y talleres escolares
- Urbanismo integrador
- Redes comunitarias en el barrio y sentido de comunidad
- Encontrarse con gente que representa los propios valores la propia comunidad cultural y religiosa.
- Hacer amigos/as
- Mejoras en la atención en Servicios Sociales
- Hacer deporte

8. Añada lo que considere sobre la pregunta anterior

9. Señale cuál de estos cuatro aspectos es más deficitario (está peor) para la infancia del barrio (señalar solo uno):

Marca solo un óvalo.

- Apoyo emocional dentro de la familia
- Calles
- Vivienda
- Futuro esperanzador

10. Señale cuál de estos tres aspectos es más excelente (está mejor) para la infancia del barrio:

Marca solo un óvalo.

- Redes de apoyo y ayuda mutua
- Servicios y recursos sanitarios
- Servicios y recursos educativos
- Zonas verdes

11. Puede añadir o explicar lo que quiera

ACCESO A LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LA INFANCIA DE TORRERO

12. ¿Crees que las niñas de Torrero-La Paz nacidas en el seno de una familia española, sin dificultades económicas y que no pertenecen a la etnia gitana tienen la misma posibilidad de acceder a la salud y bienestar que los niños en su misma situación?

Marca solo un óvalo.

Sí

NO

13. ¿Por qué?

14. ¿Quién tiene mayor dificultad para acceder a la salud y el bienestar en el barrio?

Marca solo un óvalo.

La infancia migrante o cuyos progenitores lo son

La infancia de etnia gitana

15. ¿Por qué?

Sección sin
título

Señale el nivel de dificultad para acceder a la salud y el bienestar de los siguientes niños y niñas:

16. Niñas

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4

EXTREMADAMENTE FÁCIL EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

17. Infancia del Pueblo Gitano

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

18. Infancia cuya familia procede del Norte de África

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

19. Infancia cuya familia procede de África Subsahariana

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

20. Infancia cuya familia procede de Latinoamérica

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

21. Infancia cuya familia procede de Asia

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

22. Infancia cuya familia procede de Rumanía

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

23. Niñas y niños con escasos recursos económicos

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

24. Niñas y niños con bajo estatus social

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

25. Infancia expuesta a la violencia dentro de su ámbito familiar

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

26. Infancia expuesta a la violencia fuera de su ámbito familiar

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
EXTREMADAMENTE FÁCIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL

27. Según su experiencia ¿Cuáles tienen mayor presencia en Torrero-La Paz?

Marca solo un óvalo.

- Niñas
- Infancia del Pueblo Gitano
- Infancia cuya familia procede del Norte de África
- Infancia cuya familia procede de África Subsahariana
- Infancia cuya familia procede de Latinoamérica
- Infancia cuya familia procede de Asia
- Infancia cuya familia procede de Rumanía
- Niñas y niños con escasos recursos económicos
- Niñas y niños con bajo estatus social
- Infancia expuesta a la violencia dentro de su ámbito familiar
- Infancia expuesta a la violencia fuera de su ámbito familiar

28. ¿En qué colectivo habría que centrarse en primer lugar para mejorar el acceso a su salud y bienestar? ¿Con quiénes es más urgente trabajar? Recuerde que en todo momento estamos refiriéndonos a Torrero-La Paz

Marca solo un óvalo.

- Niñas
- Infancia del Pueblo Gitano
- Infancia cuya familia procede del Norte de África
- Infancia cuya familia procede de África Subsahariana
- Infancia cuya familia procede de Latinoamérica
- Infancia cuya familia procede de Asia
- Infancia cuya familia procede de Rumanía
- Niñas y niños con escasos recursos económicos
- Niñas y niños con bajo estatus social
- Infancia expuesta a la violencia dentro de su ámbito familiar
- Infancia expuesta a la violencia fuera de su ámbito familiar

29. ¿Por qué?
-

OCUPACIONES/ACTIVIDADES

30. Señale cuál de los siguientes aspectos para que una actividad sea beneficiosa para la salud emocional y mental de las niñas y niños del barrio es el más importante (señalar solo uno):

Marca solo un óvalo.

- Sentido de competencia (sentir que lo hace bien y/o que va mejorando)
- Sentimiento de pertenencia
- Que su familia se sienta orgullosa
- Aprendizaje
- Que fomente su autonomía
- Que le permita desarrollar su creatividad
- Que fomente su solidaridad y empatía
- Que sientan que sirve para algo (a nivel personal o de comunidad)
- Que le ayude a conectar con la capacidad de disfrute
- Que fomente el desarrollo de su propia identidad
- Que le permita pasar tiempo de calidad con su familia

31. Añada lo que considere sobre actividades que realiza la infancia del barrio y su relación con la salud y el bienestar

PROPUESTAS DE ACCIÓN

32. Para mejorar el barrio para la infancia ¿por dónde empezamos? Señale SOLO UNA opción

Marca solo un óvalo.

- Presupuesto para infraestructuras
- Más servicios sociales
- Mejorar la convivencia
- Más educación para familias
- Aumentar la participación social/comunitaria
- Más servicios sanitarios
- Más compromiso por parte de las/os profesionales que atienden a la infancia
- Mayor coordinación y colaboración
- Colegios activos.
- Proyectos específicos para familias, proyectos en colaboración con asociaciones de colectivos menos favorecidos para promocionar el ocio y la salud.
- Entender el bienestar No como tener Más sino como Ser y Sentirse Mejor

33. Puede señalar otras acciones si las considera también prioritarias para mejorar el barrio para la infancia

Selecciona todos los que correspondan.

- Presupuesto para infraestructuras
- Más servicios sociales
- Mejorar la convivencia
- Más educación para familias
- Aumentar la participación social/comunitaria
- Más servicios sanitarios
- Más compromiso por parte de las/os profesionales que atienden a la infancia
- Mayor coordinación y colaboración
- Colegios activos.
- Proyectos específicos para familias, proyectos en colaboración con asociaciones de colectivos menos favorecidos para promocionar el ocio y la salud.
- Entender el bienestar No como tener Más sino como Ser y Sentirse Mejor

A continuación, transcribimos, agrupadas en dos categorías, las propuestas concretas que cada persona participante cree que su centro o recurso podría aportar para mejorar la salud y bienestar de la infancia del barrio:

EDUCACIÓN, CONVIVENCIA, PARTICIPACIÓN Y REDES

Trabajo en valores: tolerancia, respeto, desarrollo de futuros ciudadanos críticos, altruismo, solidaridad, compañerismo, autoconocimiento, amor, etc. Ser un agente activo en la educación no formal y trabajar para acompañar a nuestros educandos a lo largo de su vida.

Mesas de debate, comidas/ meriendas sociales, bailes en comunidad, pasacalles, fiestas de disfraces... cualquier tipo de actividad que diera juego para cohesionar a la comunidad y donde sentirse queridos/as y escuchados/as.

Charlas y talleres de diversos colectivos, como familias diversas, inmigración, refugiados, cafés multiculturales...

La educación como pilar básico de una sociedad sana. Donde se aporte, además de conocimientos (igualdad de oportunidades), desarrollo personal y valores como la solidaridad, la empatía y el respeto mutuo.

Mayor participación de las familias de algunos niños-niñas en la dinámica de los centros escolares para reflexionar en lo importante que es la asistencia a la escuela, que esas familias vivan la escuela como algo suyo.

Trabajar hábitos de higiene y de alimentación.

Red de barrio, trabajo en comunidad.

Mantener una coordinación y un trabajo en red inclusivo con los recursos educativos, de ocio y tiempo libre del barrio.

Educación alimentaria a las familias (incluyendo a madres y abuelas).

Talleres de educación para la salud.

Educación en el colegio con cursos dados por profesionales

Charlas en la escuela a las familias, sobre actividades y propuestas del barrio

Pequeñas formaciones de nuestro idioma para personas migrantes.

Mejorar sistemas de traducción para migrantes incapaces de expresarse en español
Escuela de padres.

Realizar algún tipo de docencia sobre Parentalidad positiva desde el centro de salud o desde educación.

Crear escuelas de padres.

Escuela de padres

Desde el equipo de pediatría se pueden coordinar actividades con los centros educativos. Además, una correcta educación sanitaria a los niños, les hará adultos comprometidos y responsables con su salud.

Educación en valores y convivencia

Importancia de la salud mental, entendida como concepto amplio

Dinámicas de resolución de conflictos.

Sección
sin
título

ACTIVIDADES, RECURSOS, PROGRAMAS Y AYUDAS

Desarrollar actividades donde la infancia pueda expresarse y que se les tuviera en cuenta desde las administraciones.

Fomentar actividades relacionadas y abiertas para el barrio en las que pueda participar toda la infancia, no sólo la vinculada a nuestro recurso.

Programas de compensación de desigualdades sociales.

Mejorar la accesibilidad a los servicios para todas las familias con necesidades especiales de logopedia, psicología etc.

Incorporar más recursos o programas específicos orientados al trabajo con la infancia y no solamente con las familias.

Actividades conjuntas con la parroquia para que los niños puedan disfrutar juntos.

Campamentos de verano.

Colaborar con la parroquia en la recogida de alimentos y materiales para las familias del barrio. Ayudas de comedor y de materiales escolares... para todas las familias de nuestro barrio.

Juegos o gymkanas en el parque

Actividades deportivas.

Apertura del patio en más horas y días.

Proyectos educativos en colaboración con el tejido asociativo y comunitario, en relación con el entorno natural (canal, pinares, estepa...), cultural y social.

Actividades de ocio y tiempo libre con mayores recursos y así atender a más.

Ofertar actividades interesantes para adolescentes

34. Comente lo que le sugieren estas propuestas o lo que considere sobre "¿Qué podemos hacer?"

35. PUEDE AÑADIR LO QUE CONSIDERE SOBRE LOS TEMAS TRATADOS, LA INVESTIGACIÓN, LA INFANCIA DEL BARRIO,...:

GRACIAS DE NUEVO
POR SU
COLABORACIÓN

Si lo desea, el equipo investigador le hará llegar los resultados de la fase en la que ha participado y del estudio completo

36. Quiero conocer los resultados del Delphi en el que he participado *

Marca solo un óvalo.

Sí

NO

37. Quiero conocer los resultados de la investigación completa *

Marca solo un óvalo.

Sí

NO

