

Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores

JJ Paredes-Carbonell^{1,2,3}, JM Agulló-Cantos¹, EJ Vera-Remartínez⁴,
M Hernán-García⁵

- 1) Universidad Católica de Valencia
- 2) Universitat de València
- 3) Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO)
- 4) Centro Penitenciario de Castellón
- 5) Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

RESUMEN

Objetivos: Determinar el Sentido de Coherencia (SOC) en jóvenes de 2 Centros de Menores (CM) de la Comunidad Valenciana, conocer la opinión de sus profesionales sobre SOC y que estos jóvenes identifiquen activos para su salud.

Material y método: 45 jóvenes autocumplimentaron el test SOC-13. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, mediante medias con intervalos de confianza (IC) al 95%. Se diseñó y realizó una entrevista grupal a 5 adolescentes internos y un cuestionario de preguntas abiertas a 6 profesionales. Se realizó análisis de contenido temático y por categorías.

Resultados: La media de puntuación de SOC es 54,4 (IC 95%: 53,9 a 59,8). Respecto a las dimensiones del test, manejabilidad: 17,6 (IC 95%: 16,5 a 18,8); comprensibilidad: 19,6 (IC 95%: 18,1 a 21,1); y significatividad: 17,1 (IC 95%: 16,0 a 18,2). Los jóvenes identifican activos internos como “hacer deporte” y “ser positivos”; y externos como “personas (familia y amigos)” y “espacios relacionados con la actividad física”. Los profesionales opinan que SOC valora aspectos relevantes para la vida del centro y que los jóvenes obtendrán una puntuación moderada.

Discusión: El nivel de SOC obtenido es moderado y similar a otras poblaciones. Los resultados presentan limitaciones relacionadas con la obtención de la muestra, pero invitan a seguir investigando sobre SOC y diferencias socioculturales de jóvenes; y SOC y activos identificados. Los activos podrían dinamizarse por los propios jóvenes con el apoyo de profesionales y del entorno familiar y comunitario.

Palabras clave: Promoción de la salud; Salud mental; Salud del adolescente; Prisiones; Educación; Medicina social; Sentido de coherencia; Salud pública.

SENSE OF COHERENCE AND HEALTH ASSETS IN A YOUTH CENTER FOR MINORS

ABSTRACT

Objectives: To determine the Sense of Coherence (SOC) amongst young people at 2 Youth Detention Centres in Valencia, the views of professionals on SOC and how young people identify health assets.

Materials and methods: 45 young people answered the SOC-13 test. Categorical variables were expressed as absolute and relative frequencies, while the quantitative ones were expressed via means with confidence intervals (CI) at 95%. We designed and conducted a group interview with 5 teenage inmates and an open-ended questionnaire for six professionals. We performed an analysis based on content and categories.

Results: Mean SOC score is 54.4 (95% CI 53.9 to 59.8). Regarding the size of the test, manageability, 17.6 (95% CI 16.5 to 18.8); comprehensibility, 19.6 (95% CI: 18.1, 21.1) and meaningfulness, 17.1 (95% CI: 16.0 to 18.2). Young people identify internal assets such as “sport” and “being positive” and external assets such as “persons (family and friends)” and “spaces related to physical activity”. Professionals believe that SOC places value on aspects that are relevant to the life of the centre and that young people obtain a moderate score.

Discussion: The SOC level obtained is moderate and similar to other populations. The results show limitations linked to acquisition of the sample, but also indicate scope for further research on SOC, and on the differences between youth cultures,

SOC and identified health assets. Assets could be given further impetus by young people themselves with support from professionals, family and the community environment.

Keywords: Health promotion; Mental health; Adolescent health; Prisons; Education; Social medicine; Sense of coherence; Public health.

Texto recibido: 31-01-2013

Texto aceptado: 11-05-2013

INTRODUCCIÓN

Promoción de salud es “el proceso que capacita a las personas para controlar los determinantes de su salud y en consecuencia poder mejorarla”¹. Unos años antes de que la carta de Ottawa aportara esta definición, Aaron Antonovsky planteó como pregunta clave: *¿Qué es lo que crea salud?* Y propuso el modelo y teoría de la “salutogénesis” que sitúa el foco en el “origen” de la salud y el bienestar². Los conceptos fundamentales que desarrolla son los Recursos Generales de Resistencia (RGR) y el Sentido de Coherencia (SOC). Los RGR son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible³. Lo verdaderamente importante no es tanto poseer estos recursos sino la capacidad de utilizarlos. SOC es la disposición personal a valorar los acontecimientos de la vida como “comprensibles”, “manejables” y “llenos de significado”; es la capacidad de recibir y valorar las experiencias para actuar de forma constructiva. Para medir el SOC, Antonovsky elaboró un cuestionario descomponiendo el constructo en tres factores: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad⁴⁻⁵. Comprensibilidad se refiere al grado en que las personas tienen un sentido cognitivo y enfrentan las situaciones considerando la información de modo ordenado, consistente, estructurado y claro. Manejabilidad es el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno se encuentran a su disposición. Significatividad se refiere al valor que la persona otorga a lo que ocurre independientemente de cómo acontezca; la experiencia de que la vida vale la pena; de que los retos merecen nuestros esfuerzos y son dignos de nuestro compromiso⁶.

Morgan y Ziglio⁷⁻⁹ proponen el modelo de activos para la salud para revitalizar el concepto de promoción de la salud. Los activos son “factores o recursos que mejoran las habilidades de personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y ayudar a reducir las desigualdades en salud”⁷. En los últimos años, hay un movimiento para desarrollar

teoría y práctica de promoción de la salud basándose en estas perspectivas que enfatizan la “mirada del vaso medio lleno”⁸⁻⁹.

En España hay trabajos que siguen esta perspectiva en población infantil y adolescente¹⁰⁻¹³, personas mayores¹⁴, población en situación de vulnerabilidad¹⁵ y en medio penitenciario¹⁶. En nuestro país, las infracciones cometidas antes de la mayoría de edad que suponen medidas de internamiento, se cumplen en Centros de Menores (CM)¹⁷. Si el juez lo considera conveniente para su reinserción, en estos centros se pueden cumplir medidas hasta los 23 años. En 2011 se inscribieron 29.397 infracciones penales cometidas por menores¹⁸. De este total, el 64,8% fueron delitos y el 35,2% faltas. Las medidas más frecuentes adoptadas por los jueces en este mismo año fueron la libertad vigilada (34,8% del total), la prestación en beneficio de la comunidad (21,3%) y el internamiento en régimen semiabierto (12,4%). La medida de internamiento en régimen cerrado supuso un 3,1% del total. El perfil del menor infractor es el de un varón de unos 17 años, de nacionalidad española, que está relacionado con un delito de robo con violencia o intimidación¹⁸. En la Comunitat Valenciana existen 8 centros denominados “Centros de Reeducación de Menores” en donde se cumplen las medidas de privación de libertad, disponiendo de un total de 389 plazas¹⁹.

Los menores infractores tienen un problema judicial, pero sobre todo un problema de integración social²⁰; presentan experiencias vitales traumáticas pero a la vez, por su edad; capacidad de cambio y de desarrollo de potencialidades. De ahí el interés en determinar su nivel de SOC y en identificar activos para su salud y así incorporar la perspectiva de la salud positiva en las intervenciones. Por otro lado y dado que en estas actuaciones predominan los enfoques basados en déficits, factores de riesgo y problemas, interesa conocer la opinión de las y los profesionales que trabajan en CM sobre estas perspectivas y si las tienen en cuenta en su trabajo reeducador.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de SOC en jóvenes de 16 a 21 años, internos en un CM. También se pretende que los jóvenes del centro identifiquen “activos para su salud” y que los profe-

sionales opinen sobre el SOC, sus tres dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) y si estas se incorporan en las actividades y proyecto educativo del centro.

MÉTODOS

El trabajo se realizó en dos fases. La primera consistió en un estudio descriptivo transversal a partir de la aplicación de un cuestionario autoadministrado, basado en la adaptación del SOC-13²¹⁻²² en jóvenes internos en CM de la Comunitat Valenciana. La 2ª fase fue un estudio cualitativo a partir de una entrevista grupal en menores y un cuestionario de preguntas abiertas a profesionales en uno de los centros.

Se seleccionaron intencionalmente 2 CM de la Comunitat Valenciana por la facilidad en el acceso y obtención de permisos. Se ha preferido no revelar la identidad de los centros para preservar el anonimato de las personas informantes. Así pues nos referimos al CM "A" y al CM "B". El SOC-13 se pasó en marzo de 2012 y el criterio de inclusión fue tener más de 16 años. Participaron 38 jóvenes del CM "A" de un total de 40 internos (todos varones) y 7 del CM "B" de un total de 60 internas/os (54 chicos y 6 chicas). 2 jóvenes del CM "A" no participaron por estar sancionados. Los 7 del CM "B" eran todos los varones del centro que tenían 17 años.

La elección de los dos centros fue oportunista: el pase del cuestionario en el CM "A" lo realizó uno de los investigadores que, durante el trabajo de campo, tuvo facilidades para acceder a las autorizaciones. Esto facilitó la obtención de los permisos oportunos. Los cuestionarios y entrevistas a jóvenes y la entrevista a profesionales en el CM "B", la realizó este mis-

mo investigador en un segundo momento y dadas las facilidades ofrecidas por parte de la dirección de este centro. En el CM "A" no se realizaron las entrevistas cualitativas a jóvenes y profesionales por las dificultades en la obtención de autorizaciones.

En la fase 1, la instrumentación se sustentó en la aplicación del cuestionario SOC-13²¹ que consta de 13 ítems con respuestas tipo escala de Likert del 1 al 7. Cinco preguntas se refieren a comprensibilidad; cuatro a manejabilidad y otras cuatro, a significatividad. El test tiene 91 como puntuación máxima y por dimensiones: 35 en comprensibilidad; 28 en manejabilidad y 28 en significatividad. Se recogió la variable edad. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y para las variables cuantitativas, medias con sus intervalos de confianza.

En la fase 2, basándose en el trabajo de Aviñó¹⁵, se diseñó y realizó una entrevista grupal (Tabla 1) a 5 adolescentes del CM "B" abordando: concepto de salud; definición y tipos de "activos"; identificación de éstos a nivel personal (activos internos), o en el CM y en su barrio o ciudad (activos externos). También se diseñó un cuestionario de preguntas abiertas para recoger la opinión individual de 6 profesionales del CM "B" sobre el SOC (Tabla 1).

La entrevista grupal a jóvenes y las preguntas a profesionales se realizaron en abril de 2012 en el CM "B". Los 5 jóvenes fueron convocados y seleccionados por la dirección del centro, todos eran españoles, tenían 17 años y ninguno había finalizado estudios de secundaria obligatoria. La entrevista grupal tuvo una duración de 2 horas. Se eligieron de esta edad por indicación de la dirección ya que estaban en el mismo departamento ("hogar") y según la dirección, facilitarían la entrevista, podrían ser mas colaboradores y,

Tabla 1. Guión de entrevista a jóvenes y preguntas abiertas a profesionales

Jóvenes

- 1) ¿Qué es la salud para ti? ¿Qué es un activo para la salud? ¿Qué tipo de activos podemos encontrar?
- 2) ¿Qué cosas buenas, positivas... tengo yo mismo y pueden ser importantes para mejorar mi salud? ¿Por qué?
- 3) ¿Qué cosas buenas, positivas... tengo yo mismo y pueden ser importantes para mejorar la salud en el centro? ¿Por qué?
- 4) ¿Qué cosas buenas, positivas... tiene nuestro grupo y pueden ser importantes para mejorar la salud en el centro? ¿Por qué?
- 5) ¿Qué personas, grupos y lugares (en el centro, en el barrio, en la ciudad o en otros ámbitos) conocemos que por lo que piensan, hacen... son (o pueden ser) buenos, positivos, importantes... para nuestra salud?

Profesionales

Lee con detalle el cuestionario SOC que hemos pasado a los jóvenes de este centro. Contesta individualmente y por escrito las siguientes preguntas:

- 1) ¿Qué piensas sobre el concepto*? ¿Cómo educador/a ¿Crees que es importante para las personas aquí ingresadas? ¿Por qué?
- 2) En qué medida piensas que las personas aquí ingresadas han incorporado este concepto en la vida diaria del centro.
- 3) De alguna manera, crees que se incorpora este concepto en el proyecto educativo del centro. ¿En qué aspectos se concretaría?
- 4) Formula alguna propuesta para trabajar este concepto en la vida del centro.

*Las preguntas 1 a 4 se plantean respecto a los conceptos de: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

en una segunda etapa, se podría ampliar el estudio a otros menores. Cuando se hizo la entrevista, 2 de los 7 jóvenes estaban sancionados, por lo que sólo 5 participaron (aunque los 7 sí cumplimentaron el SOC y estos tests se añadieron a los del CM "A").

Tras la entrevista grupal, se transcribieron las respuestas y se hizo un análisis de contenido temático y por categorías²³, identificando los enunciados de los discursos que se correspondían con activos para la salud y clasificándolos según fueran activos internos y externos. Activos internos son los relacionados con aspectos personales de los jóvenes y activos externos, los relacionados con recursos de su entorno. Posteriormente, los activos internos se clasificaron según subcategorías: activos relacionados con conocimientos, actitudes y comportamientos; y los activos externos, se clasificaron según las subcategorías: personas, grupos o espacios físicos, situándolas a su vez en dos categorías: a) dentro, y b) fuera del propio CM. El análisis se realizó por dos investigadores por separado y se consensuaron las clasificaciones.

De la plantilla del centro (Tabla 2), 6 profesionales fueron convocados por la dirección y participaron en una reunión: la directora, dos miembros del equipo técnico (1 psicóloga y 1 trabajador social) y tres del

equipo educativo (coordinadores de educadores). La dirección consideró que, en principio, era conveniente convocar sólo a algunos miembros del equipo directivo y coordinadores. Tras una presentación del estudio, se les entregó por escrito el cuestionario SOC-13, las definiciones de SOC y sus dimensiones. Se les invitó a leer la documentación y a responder por escrito de forma individual a las preguntas (Tabla 1) en una sesión de 1,30 horas. El perfil de los profesionales participantes viene detallado en la tabla 3. Los profesionales que participaron en la entrevista interactúan con los menores siempre y cuando sea necesario, se calcula que una media aproximada de unas 10 horas semanales por cada profesional. Se realizó análisis de contenido temático y por categorías²³ por dos investigadores por separado siguiendo las etapas de: 1) Lectura detallada de las respuestas; 2) Identificación de temas relevantes y agrupación de estos según categorías: opinión sobre el SOC, importancia para los jóvenes, percepción del nivel del SOC de éstos, incorporación del SOC al proyecto del centro y propuestas; 3) Puesta en común de las distintas codificaciones y consenso en la clasificación por los dos investigadores. 4) Identificación de manera conjunta de coincidencias y diferencias en los relatos comparando las respuestas entre informantes.

Tabla 2. Profesionales participantes en el cuestionario de preguntas abiertas

	Plantilla completa	Participantes
Profesionales Centro de Menores "B"	1 Director/a	1 Director/a
	2 Subdirectores/as	np*
	3 Psicólogos/as	1 Psicólogo/a
	9 Coordinadores/as	3 Coordinadores/as
	1 Trabajador/a social	1 Trabajador/a social
	48 Educadores/as	np
	1 Administrativo/a	np
	1 Médico/a	np
	1 Enfermero/a	np
	1 Psiquiatra	np
	1 Jurista	np
	6 Trabajadores/as cocina	np
	1 Trabajador/a lavandería	np

np* = no participa

Tabla 3. Perfil de la muestra de profesionales participantes

Identificación	Sexo, edad	Tiempo trabajando en menores (en años)
Profesional 1 (E1)	Varón, 38 años	11
Profesional 2 (E2)	Mujer, 30 años	4
Profesional 3 (E3)	Varón, 31 años	8
Profesional 4 (E4)	Mujer, 27 años	2
Profesional 5 (E5)	Mujer, 38 años	10
Profesional 6 (E6)	Varón, 37 años	9

Tabla 4. Puntuaciones medias (Intervalos de Confianza al 95%) del SOC-13

Preguntas del cuestionario SOC-13: (Escala de Likert 1-7)	Menores (n=45)	IC 95%
P1. ¿Tienes la sensación de que en realidad no te importa lo que sucede a tu alrededor? (1-Nunca rara vez, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy a menudo)	4,1	3,5 a 4,7
P2. ¿Ha sucedido en el pasado que te haya sorprendido el comportamiento de las personas que pensabas conocer bien? (1-Nunca me ha ocurrido, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Siempre)	3,9	3,4 a 4,3
P3. ¿Ha ocurrido que las personas con las que contabas te han decepcionado? (1-Nunca me ha ocurrido, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Siempre)	4,5	3,9 a 5,0
P4. ¿Hasta la fecha tu vida ha estado? (1-Sin metas claras u objetivos, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Llena de metas)	4,1	3,6 a 4,6
P5. ¿Crees que se te trata de forma injusta? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	4,4	3,8 a 5,1
P6. ¿Sientes que te encuentras en una situación poco frecuente y que no sabes qué hacer? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	4,3	3,7 a 4,9
P7. Realizar las actividades de cada día es: (1-Fuente de satisfacción, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Doloroso y aburrido)	4,3	3,8 a 4,8
P8. ¿Tienes muchas ideas y sentimientos que se mezclan? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	3,8	3,3 a 4,4
P9. ¿Sucede que tienes sentimientos en tu interior que preferirías no tenerlos? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	3,8	3,2 a 4,4
P10. Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten muchas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones ¿Con qué frecuencia te has sentido así en el pasado? (1-Nunca, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy a menudo)	4,4	3,9 a 4,9
P11. Cuando algo sucede has comprobado que por lo general que: (1-Le has dado excesiva o escasa importancia, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Has visto las cosas en su proporción adecuada)	3,8	3,2 a 4,3
P12. ¿Con qué frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida cotidiana? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	4,6	4,1 a 5,1
P13. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos de que no estás seguro/a de poder controlar? (1-Muy a menudo, 2, 3, 4, 5, 6, 7-Muy rara vez o nunca)	4,4	3,7 a 5,0
DIMENSIÓN MANEJABILIDAD (Componente de comportamiento). (Media de puntuaciones a las preguntas P3, P5, P10, P13)	17,6	16,5 a 18,8
DIMENSIÓN COMPREENSIBILIDAD (Componente cognitivo). (Media de puntuaciones a las preguntas P2, P6, P8, P9, P11)	19,6	18,1 a 21,1
DIMENSIÓN SIGNIFICATIVIDAD (Componente motivacional). (Media de puntuaciones a las preguntas P1, P4, P7, P12)	17,1	16,0 a 18,2
TOTAL SOC (Puntuación media de las 3 dimensiones anteriores)	54,4	52,2 a 56,6

Se obtuvo permiso de la dirección de los centros participantes previa elaboración y presentación de un protocolo del estudio, adjuntando el test y los guiones de entrevista y preguntas, y considerando el marco legal vigente²⁴. Del mismo modo se solicitó permiso a todas las personas participantes y se comprometió a la devolución de resultados.

RESULTADOS

La media de edad de los jóvenes de los CM “A” y “B” es de 17 años (mín. 16, máx. 21) y todos son varones. La puntuación del SOC es de 54,4 (IC 95% de

52,2 a 56,6). Respecto a las tres dimensiones, la puntuación es de 19,6 (IC 95% de 18,1 a 21,1) en comprensibilidad, 17,6 (IC 95% de 16,5 a 18,8) en manejabilidad y 17,1 (IC 95% de 16,0 a 18,2) en significatividad (Tabla 4).

Los 5 jóvenes identifican activos personales o internos (Tabla 5) en forma de conocimientos, actitudes y comportamientos. Mencionan como activos saber que el deporte y la higiene aportan beneficios, así como practicar deporte y tener una actitud positiva en la vida. Los chicos consideran que estos activos son importantes para mejorar su salud y la del centro porque aportan optimismo: “siempre veo el vaso medio lleno en vez de medio vacío” (Joven 1 o J1), “ser alegre, positivo...

me ayuda a sentirme mejor” (J2), “siempre intento estar contento conmigo y con los demás” (J3). Este optimismo piensan que influye en los demás y en la vida del CM: “siempre estoy sonriendo, porque si me ven contento les transmito cosas positivas” (J2), “al colaborar en las tareas del centro, disfrutamos mejor de las instalaciones” (J4). Relacionan salud con reflexionar y anticipar comportamientos: “hay que pensar las cosas antes de hacerlas” (J4); y con la práctica del deporte y la competitividad: “me gusta jugar y hacer deporte y pico a la gente a que lo haga conmigo” (J5). De igual modo, también identifican activos externos en el propio centro y en su barrio-ciudad (Tabla 5). Estos activos son “personas” como el médico o la cocinera del centro; o amigos y familia de su barrio. También mencionan “grupos” como los equipos técnico y educativo del centro; o el centro de salud y la escuela. Y también, “lu-

gares” como el patio o la cancha de fútbol del centro o el gimnasio fuera de éste.

Como se aprecia en la tabla 6, los profesionales califican el concepto de comprensibilidad de importante (Cita 2 [C2], C5, C6), positivo (C4) y necesario para los jóvenes (C3); hacen referencia a las dificultades para abordarlo (C2, C4) y al bajo nivel de comprensibilidad de los menores (C1). Hay referencias a que éstos necesitan reflexión (C4), trabajar este concepto tanto dentro como fuera del centro (C5) para facilitar que la persona se ubique en la realidad y no se aísle (C6). En cuanto al nivel de comprensibilidad, aportan que es elevado (C19), aunque matizan que lo es al final de la medida de internamiento (C21, C22) y un profesional opina que “menos que la media” (C23).

Respecto a la manejabilidad, consideran necesario abordar esta dimensión (C7, C8, C9, C12). Perciben

Tabla 5. Activos para la salud identificados por los jóvenes (n) número de personas que mencionaron el activo

Activos Internos		Enunciados (n)	
<i>Conocimientos</i>		“El deporte y la higiene aportan beneficios” (5)	
		“Saber lo que se debe comer” (2)	
		“Saber cuándo necesita ayuda” (1)	
<i>Actitudes</i>		“Ser positivo” (4)	
		“Ser participativo” (3)	
		“Estar alegre” (2)	
		“Estar tranquilo” (2)	
		“Ser colaborador y sociable” (1)	
<i>Comportamientos</i>		“Hacer deporte” (5)	
		“Ayudar a los demás” (2)	
		“Sonreír” (1)	
		“Comer de todo” (1)	
		“Limpiar” (1)	
Activos Externos		En Centro de Menores (n)	En Barrio-Ciudad (n)
<i>Personas</i>		Médico del Centro (5)	Amigos (5)
		Cocinera (3)	Familia (5)
		Limpiadora (1)	Médicos (5)
			Novia (4)
			Policías (3)
			Educador de calle (1)
			Profesores (1)
<i>Grupos (asociaciones o instituciones)</i>		Equipo Técnico (5)	Centro de Salud (4)
		Equipo Educativo (5)	Escuela (3)
		Coordinadores (5)	Instituto (2)
		Seguridad Centro (5)	Servicios Sociales (1)
<i>Lugares, espacios físicos e infraestructuras</i>			Gimnasio (5)
			Parque (4)
		Patio (5)	Playa (4)
		Cancha fútbol (5)	Ciudad deportiva (3)
		Comedor (3)	Locutorio (3)
		Habitación (2)	Río (3)
			Centro Social (2)
			Museos (1)
			Iglesia (1)

Tabla 6. Opinión sobre el SOC y sus tres dimensiones por parte de profesionales

	Opinión sobre el concepto y su importancia (Citas 1 a 17)	En qué medida piensas que los internos han incorporado este concepto (Citas 18 a 35)	Aspectos concretos del proyecto educativo que incorporan el concepto (Citas 36 a 51)
Comprendibilidad	Cita 1: "Muchos de los menores internados no tienen un nivel de comprensión elevado. Tanto de conceptos como de comprensión de cualquier explicación que se le pueda dar" (E1)	Cita 18: "Se les intenta hacer conscientes y responsables de todas las acciones o actos que hagan en el Centro" (E1)	Cita 36: "Normativa clara para ellos. Explicaciones constantes del personal educativo" (E1)
	Cita 2: "Es importante, pero en referencia a los menores que tenemos internados sí que puede haber un grado de distorsión, desde aquí sí que tienen comprensión y ellos aprenden a escuchar, a recibir..." (E2)	Cita 19: "Desde mi punto de vista, el grado de aceptación y comprensión es bastante elevado, ya que desde aquí intentamos proporcionarles estos valores" (E2)	Cita 37: "Sí que se incorpora. Desde aquí trabajamos con valores y sí que los aplicamos a la vida diaria, la escucha activa, la empatía, la relación entre iguales, respeto" (E2)
	Cita 3: "Creo que con los menores es necesario dotarles de una estructuración cognitiva para que ellos por sí mismos sepan y puedan afrontar las diferentes situaciones con las que se encuentran" (E3)	Cita 20: "Cuando se establece con los menores un ambiente normativo en el cual haya unos horarios, actividades y tareas que cumplir pueden llegar a entender las consecuencias de no seguir lo establecido" (E3)	Cita 38: "Creo que en las fases de ingreso y adaptación del menor en el Centro, este concepto de comprendibilidad se vería reflejado ya que lo que se pretende es crear un ambiente estructurado" (E3)
	Cita 4: "El concepto es bueno y adaptado pero ocurre que a ellos les cuesta un par de días adaptarse a las situaciones y necesitan muchas reflexiones para entenderlo" (E4)	Cita 21: "Les cuesta mucho comprender lo que ocurre a su alrededor y en cuanto se produce un cambio no llegan a entenderlo y les cuesta mucho. Al final con el tiempo se adaptan y comprenden su alrededor" (E4)	Cita 39: "En el Centro y en el sistema está todo adaptado para que ellos tengan un ambiente estable en el cual, les produzca seguridad y confianza" (E4)
	Cita 5: "Es muy importante y lo que se intenta siempre es que los menores lo desarrollen durante su estancia en el Centro y fuera, pues siempre les ayuda" (E5)	Cita 22: "Depende del menor y en el momento en el que se encuentre, la mayoría de ellos al final de su medida sí, pero al principio les cuesta más" (E5)	Cita 40: "Sí, desde el primer hasta el último día del menor en el Centro por medio de actividades, intervenciones educativas y psicológicas de distintos tipos" (E5)
	Cita 6: "Entiendo, y observo, que es muy importante para "ubicarse" en la realidad y que, de no aplicarse, el individuo vive en su mundo" (E6)	Cita 23: "Contamos con una población heterogénea en todos los sentidos. Pero diría que menos de la media global" (E6)	Cita 41: "Por supuesto, forma parte del día a día del trabajo educativo aplicado" (E6)
Manejabilidad	Cita 7: "Creo que a los menores del Centro es necesario que puedan aumentar su nivel de manejabilidad, ya que debido a que todos presentan un locus de control externo, ellos no controlan ni son responsables de nada de lo que les pasa" (E1)	Cita 24: "Tienen toda la manejabilidad que un recurso estructurado pueda dar. Pero a ellos se les capacita para que se puedan desenvolver fácilmente" (E1)	Cita 42: "Se les intenta dotar de herramientas para que puedan trasladarlas al medio abierto" (E1)
	Cita 8: "...los menores no saben ponerla en práctica, no aprecian lo que tienen, muchos de ellos no tienen ni gozan de los recursos necesarios, para poder desarrollar mejor la coherencia" (E2)	Cita 25: "El problema, viene cuando los menores finalizan su internamiento y el seguimiento desde nuestra parte, por lo que ya depende más del nivel familiar y la involuación de la que toman parte. Los recursos están ahí, lo aprendido igual" (E2)	Cita 43: "Cuando el menor entiende su situación en el Centro y se le dota de los recursos necesarios empieza adquiriendo autonomía y es capaz de desenvolverse en el Centro sin la necesidad de la supervisión constante del educador" (E3)
	Cita 9: "Si dotamos a los menores de las herramientas necesarias podrán hacer frente a las demandas del entorno y resolver situaciones que se le presenten en la vida por sí solos" (E3)	Cita 26: "Diariamente se les dota a los menores de recursos para que vayan adquiriendo autonomía y poder así hacer frente ellos mismos a los problemas" (E3)	Cita 44: "Desde aquí se fomenta que ellos tengan un locus de control interno y que sea coherente y manejable. Y que no tenga locus de control externo de ámbito religioso o filosófico" (E4)
	Cita 10: "Creo que es muy conceptual y que no lo van a lograr entender. Pero sí que me gusta el tema religioso porque creen mucho" (E4)	Cita 27: "Ellos les cuesta mucho creer en ellos y ser capaces de superar las cosas. Pero cuando logran aprobar un examen, y lo consiguen, se sienten muy orgullosos por superar su objetivo. Sí, con el paso del tiempo lo asumen" (E4)	Cita 45: "Si durante todo su proceso educativo, por medio de cursos, programas y actividades impartidas" (E5)
	Cita 11: "No todos los menores del Centro lo manejan del mismo modo, depende de su entorno y situación familiar. En el Centro se les ayuda por medio de diferentes programas a aumentar su manejabilidad" (E5)	Cita 28: "Al igual que en el caso anterior, al final de su medida lo tienen más interiorizado, pero no siempre es así y depende mucho del menor que sea, de ahí la importancia de los programas que se trabajan con ellos" (E5)	Cita 46: "En todo cuanto se desarrolla, actividades cotidianas y extraordinarias" (E6)
	Cita 12: "De igual modo, si no cuenta con esto, el individuo no sabe desenvolverse y "triunfar" en el mundo que le rodea" (E6)	Cita 29: "Sobre manejabilidad, diría que más que no implementarlo en su vida, lo han hecho de una manera errónea" (E6)	

	Opinión sobre el concepto y su importancia (Citas 1 a 17)	En qué medida piensas que los internos han incorporado este concepto (Citas 18 a 35)	Aspectos concretos del proyecto educativo que incorporan el concepto (Citas 36 a 51)
Significatividad	Cita 13: "Muy importante el talante motivacional del concepto ya que en los menores del Centro hay que trabajarlos mucho a este nivel para que dejen muchos hábitos (drogas, adrenalina en conducción, etc.)" (E1)	Cita 30: "Se les trabaja mucho a nivel grupal y sobre todo a nivel individual" (E1)	Cita 47: "Se les trabaja en sesiones individuales con psicólogos y a nivel grupal con educadores" (E1)
	Cita 14: "En definitiva creo que hay que enseñar a que el menor sea autónomo y eso se consigue cambiando el estilo de vida. Propiciando así una forma de vida autónoma y responsable, de esta forma podrá responder a las preguntas ¿por qué o para qué...?" (E3)	Cita 31: "Y la pregunta que plantean ¿para qué? también. Les hemos proporcionado herramientas y ayudado a ponerlas en práctica" (E2)	Cita 48: "En los talleres pre-laborales del Centro y las distintas actividades que se le ofrecen el menor puede hacerse una idea o generar una motivación de lo que pretende conseguir" (E3)
	Cita 15: "Necesitarían más estímulos concretos de significatividad y adaptado más al área de su vida. Es muy importante, porque podrían resolver problemas si encuentran una meta y unos objetivos" (E4)	Cita 32: "Al dotarle de los recursos y no estar pasivo y ser agente activo de su proceso educativo el menor puede tener motivación sobre lo que quiere y el sentido de cambio que quiere llevar en su vida" (E3)	Cita 49: "Desde el Centro se consiguen que ellos tengan significados coherentes por lo que hacen y que sean capaces de resolver sus problemas" (E4)
	Cita 16: "Estaríamos en el mismo caso que en el anterior concepto, aunque en ocasiones este se hace un poco más complicado, pues dada la edad y las circunstancias de estos menores, son casos que no se plantean aunque sean importantes y aquí se les trabaja" (E5)	Cita 33: "Ellos al final actúan con significado y luchan por lograr las cosas. Sobre todo con los exámenes y en la escuela" (E4)	Cita 50: "Si durante todo su proceso se le intenta dar coherencia a su situación y a sus objetivos en la vida y para ello se les prepara, con la formación, orientación, inserción, etc." (E5)
	Cita 17: "Sin encontrar la significatividad, el individuo se pierde en ideas vacías o erróneas, sin afán por mejor o sin saber en qué sentido hacerlo" (E6)	Cita 34: "Este concepto no lo tienen tan incorporado, son pocos los que sí" (E5)	Cita 51: "En todo cuanto se desarrolla, actividades cotidianas y extraordinarias" (E6)
		Cita 35: "Como las anteriores, menos de la media" (E6)	

variabilidad de nivel de manejabilidad en los jóvenes y que ésta está condicionada por su entorno familiar (C11). Hay dos referencias a la baja manejabilidad que presentan los internos (C7, C8) y la explican por que piensan que presentan locus de control externo, baja responsabilidad y autocontrol y que no son conscientes de los recursos que tienen o no saben ponerlos en práctica. Hay respuestas que enuncian las consecuencias positivas de la manejabilidad (C9, C12) en el sentido de expresar autonomía y capacidad para responder a las exigencias del entorno y resolver situaciones en la vida. Hay una respuesta que señala la dificultad del concepto para ser entendido por los jóvenes (C10). Respecto al nivel de manejabilidad, dos respuestas expresan que "sí" se consigue que la adquieran (C27, C28) pero con el paso del tiempo y al finalizar el periodo de internamiento. Hay una respuesta que aporta que los jóvenes poseen manejabilidad pero que la han utilizado de manera equivocada (C29). Finalmente hay enunciados que expresan la limitación de los recursos del centro para conseguirla y sobre todo, mantenerla cuando finaliza la estancia en el centro (C24, C25).

En cuanto a la significatividad, se señala la importancia y necesidad de abordar esta dimensión en los menores (C13, C15). Hay profesionales que la relacionan con la motivación, el abandono de prácticas de riesgo (C13), la adquisición de autonomía y el cambio de estilo de vida (C14). Piensan que encontrar

una meta y unos objetivos puede contribuir a resolver problemas (C15) y a orientarse y dar sentido a lo que se piensa y se hace (C17). Como excepción, se señala la complejidad del concepto para abordarlo por la edad y circunstancias de los menores (C16). Piensan que es un aspecto que los jóvenes tienen incorporado (C30, C31, C32, C33), aunque hay opiniones que difieren (C34 y C35).

Las y los profesionales piensan que las dimensiones del SOC están incluidas en el proyecto educativo del centro, en el día a día de las actividades. Especifican que "desde el ingreso hasta la salida, durante todo el proceso". A la hora de concretar, la comprensibilidad se abordaría en la normativa y las explicaciones constantes (C36), a través de los valores que se intentan transmitir: "escucha activa, empatía, relación entre iguales, respeto" (C37). Un profesional señala que se trabaja la comprensibilidad sobre todo en la etapa del ingreso y adaptación del menor al centro (C38); otro habla de influir en el entorno para que se genere un ambiente "estable" que les dé seguridad y confianza (C39). Respecto a la manejabilidad, aportan que se les dota de herramientas y recursos para que las trasladen al medio abierto (C42, C43) como cursos, programas y actividades (C45, C46). Respecto a la significatividad, enuncian que es abordada a través de sesiones individuales con psicólogos y sesiones grupales con educadores (C47), talleres prelaborales (C48) y en la resolución de problemas (C49).

DISCUSIÓN

La puntuación SOC en los jóvenes es moderada: 54,4²¹ y coincide con el nivel que les otorgan una parte de profesionales. Estos consideran relevantes las tres dimensiones y piensan que se abordan en el día a día del centro aunque, en ocasiones, no concretan en qué términos. Estas respuestas podrían estar influidas por el sesgo de deseabilidad social y por ser un grupo de jóvenes y profesionales expresamente convocados por la dirección.

Aunque no son poblaciones comparables, empleando el mismo test SOC-13, los menores obtienen una puntuación superior que estudiantes de enseñanza secundaria noruegos: 52,11²⁵; pero inferior a estudiantes de ESO de un centro educativo español: 56,9²⁶ y población adulta desempleada: 56,6²⁷; y marcadamente inferior al de estudiantes universitarios: 63,7²⁶ y profesionales de enfermería en España: 67,4²⁸.

Las diferencias en la puntuación global coinciden con las de las tres dimensiones por separado (manejabilidad, comprensibilidad y significatividad) de los jóvenes en CM con estudios en otras poblaciones de edades similares pero en contextos distintos²⁵⁻²⁶.

Los medios cerrados, como CM o Centros Penitenciarios, son entornos que pueden actuar como generadores de salud entendida como “recurso para la vida”¹. Suponen una oportunidad de acceso a una población que también forma parte de la comunidad y, como se ha experimentado, pueden ser escenarios de desarrollo de potencialidades en salud (16) (29). En general, a nivel comunitario, este enfoque positivo en las acciones, dará más resultados si se concentran esfuerzos en las etapas o momentos clave del crecimiento en los que se puede aprender a vivir más saludablemente, como la infancia y adolescencia³⁰⁻³². La cuestión clave es cómo conseguir CM realmente salutogénicos, qué papel tienen los actores y actrices clave y cómo fortalecer el SOC para mejorar la salud de estos jóvenes. Para Antonovsky³ los factores estresantes que se dan alrededor de experiencias traumáticas, como la privación de libertad, pueden tener consecuencias saludables o beneficiosas. El SOC puede actuar como moderador de las fuentes de estrés inherentes a estos entornos³³ y como factor protector ante sucesos negativos de la vida³⁴. Los responsables pueden tomar decisiones para que sean espacios que fortalezcan la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad para generar salud. ¿Cómo? Este es el reto que plantea de manera inicial este estudio. Sería recomendable disponer de herramientas para detectar la sensibilidad salutogénica del proyecto educativo de centro y cómo se puede rediseñar el mismo para que sea más y mejor generador

de salud. El planteamiento sería no solo partir de lo patogénico o preventivo, del análisis de los problemas de salud y factores de riesgo (drogodependencias, auto-lesiones, conductas violentas); sino de una visión positiva para conectar capacidades personales, grupales y comunitarias y actuar sobre los determinantes de la salud. Esta constelación de capacidades que los jóvenes han identificado como activos en el estudio, es lo que Alvarez-Dardet y Ruiz-Cantero denominan “patrimonio de salud” y animan a desarrollar a través de políticas salutogénicas³⁵.

Identificar el nivel de SOC del grupo de jóvenes es interesante no tanto como valoración individual, sino vinculado a lo que opinan profesionales y jóvenes capaces de identificar activos. Como en otros estudios^{10,36} reconocen como activos el optimismo, la responsabilidad y la capacidad para tomar decisiones, el desarrollo de actividad física, la contribución a las tareas del centro, las buenas relaciones con los padres y la familia, los valores sociales positivos, la escuela. Por otra parte, no mencionan la autoestima, ni referencian modelos adultos positivos, y sobre todo, llama la atención que no consideren como activo a ningún grupo ni asociación que actúe en el propio CM o fuera de éste. La relación con grupos comunitarios como asociaciones deportivas y de tiempo libre, colectivos juveniles musicales, clubs, etc. supone un determinante del desarrollo positivo en los adolescentes¹⁰ que en los CM habría que potenciar.

Una limitación de la investigación ha sido la obtención oportunista de la muestra en la medición del SOC y la formación y selección de los grupos de profesionales y jóvenes para el estudio cualitativo. Los resultados tendrían mayor relevancia y validez con una representación más amplia de ambas poblaciones. De todos modos, la información del estudio cuantitativo proviene del total de menores de 1 de los 8 centros existentes en la Comunitat Valenciana, y la población a estudio supone un 11,5% del total de menores en régimen cerrado en la Comunitat¹⁹. En cuanto al estudio cualitativo, el perfil de edad de la población entrevistada, 17 años, es coincidente con el de la mayoría de estos jóvenes¹⁸. Las limitaciones de recursos para el trabajo de campo, las dificultades de accesibilidad y autorizaciones no permitieron un diseño con mayor representatividad muestral y así, la información del estudio cualitativo proviene de un solo grupo de menores y de un pequeño porcentaje de profesionales, con escasa representación de educadores que son el colectivo más numeroso y que más tiempo está con los jóvenes. Existen trabajos que abordan las diferencias en SOC relacionadas con la edad y el sexo³⁷ y que indican que los adolescentes varones puntúan con un SOC más

alto que va descendiendo con la edad. De igual modo se podrían haber analizado las relaciones entre activos identificados y el perfil sociodemográfico y educativo de los jóvenes; así como incorporar la variable “tiempo que llevan en el centro” para poder valorar el SOC en función de la evolución de los jóvenes durante su estancia e incluso comparar la puntuación de los que llevan poco tiempo con los que llevan más tiempo. Independientemente de estas mejoras que se podrían incorporar a futuros trabajos, se considera relevante que los jóvenes del CM comprenden y responden las preguntas del test SOC-13 e identifican sin dificultad activos internos y externos para su salud; los profesionales participantes tienen una opinión favorable del SOC y consideran relevantes las dimensiones que valora. Más que la representatividad de los resultados, y a pesar de las limitaciones anteriormente mencionadas, el estudio pretende que emerjan los conceptos clave de estos modelos de salud positiva, acercarlos a jóvenes y profesionales y situar a los primeros como verdaderos protagonistas de los procesos de cambio. Así pues, el paso siguiente sería tratar de conectar todo este panel de potencialidades elaborando con mayor precisión y profundidad un mapa de activos y, tal y como se ha hecho en una reciente experiencia en el medio comunitario¹⁵, poniendo en marcha proyectos participativos basados en la dinamización de aquellas capacidades y activos que los propios jóvenes deseen potenciar.

AGRADECIMIENTOS

A Carlos Álvarez-Dardet y a Ana Molina Barceló por sus comentarios y sugerencias en la redacción de este artículo.

CORRESPONDENCIA

Joan J. Paredes-Carbonell
Centre de Salut Pública de València
Avda. Catalunya, 21. 46020 - València
Correo e: paredes_joa@gva.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Rev Sanid Hig Pública*. 1987; 61: 129-33.
2. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria. Cátedra de Promoción de la Salud, Universitat de Girona; 2011: 29.
3. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 137-47.
4. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria. Cátedra de Promoción de la Salud, Universitat de Girona; 2011:29-30
5. Health Promotion Research Team, Folkhälsan Research Centre. SOC questionnaire. Helsinki: Folkhälsan Research Centre; 2010.
6. Fernández-Martínez ME, Mayo L, García-Mata MA, Liébana C, Fernández-García D, Vázquez-Casares AM. Sentido de Coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud. [Internet] 2011 [citado 11 octubre de 2012]. Disponible en: http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_congresos_premiosalamanca1
7. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion&Education*. 2007; 14: 17-22.
8. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the Public Health Evidence Base: An Asset Model. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editors. *Health Assets in a Global Context: theory, methods, action*. New York: Springer; 2010, p. 3-16.
9. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista Fundesfam* [Internet]. 2010 [citado 10 octubre 2012] Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/007revisiones.htm>
10. Oliva A, Pertegal MA, Antolín L, Reina MC, Ríos M, Hernando A, et al. El desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven, un estudio en centros docentes andaluces. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010.
11. Botello BR, Hernán M. Opiniones de los jóvenes sobre la salud mental en Huelva según el modelo de activos. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 33: 96.
12. Sánchez DY, Lineros C, Hernán M, Potenciales activos para la salud de la juventud Nicaragüense captados por la primera encuesta nacional de juventud. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 33: 303.
13. Perez Wilson, P. Opiniones de adolescentes sobre los activos en salud en el barrio El Zaidín, Granada: trabajo final del Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: EASP; 2011.
14. Virues-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JL, Lozano LM. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-

- 13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:486-92.
15. Aviñó A. Mapeando los activos en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad social: trabajo de investigación Máster Sociología i Antropologia de les Polítiques Públiques. València: Facultat de Ciències Socials Universitat de València; 2011.
 16. Equip Vincles Salut. Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2011. 198 p.
 17. Iborra I, Rodríguez A, Serrano A, Martínez-Sánchez P. Situación del menor en la Comunitat Valenciana: víctima e infractor. Valencia: Centro Reina Sofía; 2008.
 18. INE-Nota de prensa. Estadística de Condenados / Estadística de Menores, Resultados Provisionales [Internet]. 2011 sept [Citado 22 enero 2013]; Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np736.pdf><http://www.ine.es/prensa/np736.pdf>
 19. Más de 1.800 menores cumplen medidas de reeducación en centros públicos de la Generalitat. Levante-EMV [Internet]. 2012 Abr [Citado 22 enero 2013]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2012/04/12/1800-menores-cumplen-medidas-reeducacion-centros-publicos-generalitat/896631.html>.
 20. Fernández-Molina E. El internamiento de menores, una mirada hacia la realidad de su aplicación en España. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* [Internet]. 2012 [citado 21 enero 2013]; 14-18:1-20. Disponible en: <http://criminol.ugr.es/recpc/14/recpc14-18.pdf>
 21. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*. 1993; 6: 725-33.
 22. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *J. Epidemiol Community health*. [Internet]. 2005 [cited 2012 oct 10]; 59: 460-66: [about 2 p.]. Available from: <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/59/6/460>.
 23. Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. *Cuadernos Metodológicos CIS*. 2009; 43: 23-32.
 24. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Boletín Oficial del Estado nº 298, de 14/12/1999].
 25. Mellem LS. Sense of coherence as a mediator of stress among high school students in Tromsø: Master Thesis in Psychology. Tromsø: Faculty of Social Sciences University of Tromsø; 2008.
 26. Agulló-Cantos JM. Salutogénesis y activos en salud en un centro de menores: trabajo de investigación Master de Educación y Prevención de Conductas Adictivas. Valencia: Universidad Católica de Valencia; 2012.
 27. Stankūnas M, Kalėdienė R, Starkuvienė S. Sense of coherence and its associations with psychosocial health: results of survey of the unemployed in Kaunas. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2009 [citado 10 octubre 2012]; 45(10): [about. 2 p.]. Available from: <http://medicina.kmu.lt/0910/0910-08e.pdf>
 28. Malagón MC, Juvinyà D, Bonmatí A, Fernández R, Bosch C, Bertran C, et al. Sentido de Coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas de Enferm*. 2012; 15(9): 27-31.
 29. Paredes-Carbonell JJ. Promoción de salud en el medio penitenciario. En: Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 173-89.
 30. Hernán M. Activos para la Salud y Salutogénesis; emergentes en Salud Pública. Bepsalut [Internet]. 2012 sept [citado 10 octubre 2012];4: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.udg.edu/catedres/PromociodelaSalut/bepSALUT/Articulos/tabid/18779/Article/492/language/es-ES/activos-para-la-salud-y-salutogenesis-emergentes-en-salud-pblica.aspx>
 31. Palacios J, Paniagua G. Educación infantil: respuesta educativa a la diversidad [Internet]. Madrid: Alianza Editorial; 2005 [citado 10 octubre 2012]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=255590>.
 32. IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness. Brussels: European Commission; 1999.
 33. Palacios-Espinosa X, Restrepo-Espinosa MH. Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? *Informes Psicológicos*. 2008; 10 (11): 275-300.
 34. Jorgensen RS, Frankowski JJ, Carey MP. Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*. 1999; 27: 1079-89.
 35. Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Patrimonio de salud ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 123-7.
 36. Scales PC, Leffert N. Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development. Minneapolis, MN: Search Institute; 1999.
 37. Moksnes UK, Espnes GA, Lillefjell M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence* [Internet] 2012 Apr. [cited 2013 jan 27]; 35(2):433-41: [about 1 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21831417>.