

Artículo original

El sentido de coherencia y las habilidades para la vida como factores protectores en personas con prediabetes

Judit Noguera-Suquet¹, Glòria Reig-Garcia² , Erica Homs-Romero³, Sandra Gelabert-Vilella², Pere Roura-Poch⁴ y María del Carmen Malagón-Aguilera²

Resumen:

Objetivo: analizar el sentido de coherencia y las habilidades para la vida y su relación con el cumplimiento del estilo de vida saludable.

Método: estudio observacional transversal en personas con prediabetes atendidas en atención primaria, quienes respondieron a un cuestionario con variables sociodemográficas y hábitos saludables y a los cuestionarios de sentido de coherencia y habilidades para la vida. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y un modelo de regresión múltiple.

Resultados: los y las participantes con mayor sentido de coherencia son quienes presentan mayores habilidades para la vida (Pearson=0.470; $p \leq 0.001$) y mantienen un estilo de vida más saludable (B:1.24; $p=0.001$). Una mayor puntuación de las habilidades de la vida se relaciona con un estilo de vida saludable (Pearson=0.355, $p < 0.001$). El sentido de coherencia predice el estilo de vida saludable (BB=0.21, $p=0.001$).

Conclusión: las personas con prediabetes con un mayor sentido de coherencia y más habilidades para la vida realizan conductas más saludables con relación a la dieta, al ejercicio físico y al hábito tabáquico. Las personas con mayor sentido de coherencia tienen mayor probabilidad de seguir el estilo de vida saludable.

Palabras clave: estado prediabético, estilo de vida saludable, sentido de coherencia, habilidades para la vida, atención primaria de salud, Promoción de la salud

Introducción

La salutogénesis es una de las teorías mayormente aceptadas dentro de la promoción de la salud (1,2). Esta se basa en cómo las características individuales de algunas personas las hacen más resistentes a los factores estresantes a los que se enfrentan en la vida diaria. Propone entender la salud de manera positiva e integral, centrándose en los aspectos que generan salud. Su principal constructo, el sentido de

coherencia (SOC), muestra la capacidad de las personas para tomar decisiones saludables movilizándolo los recursos generales de resistencia o activos en salud (2–4). Cualquier herramienta personal interna o recurso del entorno que ayude a las personas a superar los factores de estrés emocional puede considerarse un recurso general de resistencia o activo para la salud (3–5).

Desde esta perspectiva, se ha generado el enfoque de las habilidades para la vida (HpV) como recursos

1. Albera Salut SLP, Peralada, España.
2. Universitat de Girona, Girona, España.
3. Institut Català de la Salut, Figueres, Catalunya, España.
4. Servicio de Epidemiología Clínica e Investigación. Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España.

Correspondencia a: Gloria Reig-Garcia, Universitat de Girona, Emili Grahit 77, Girona, 18003, España.
Email: gloria.reig@udg.edu

(Este manuscrito fue presentado el 11 de marzo del 2022. Tras revisión por pares, fue aceptado para la publicación el 18 de julio del 2022)

psicosociales que facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria (6,7), desarrollando la capacidad para vivir y convivir en un entorno determinado. Las HpV son 10 y se clasifican en cognitivas (autoconocimiento, toma de decisiones, pensamiento creativo, y pensamiento crítico), emocionales (empatía, manejo de emociones y sentimientos, y manejo de tensiones y estrés) y sociales (comunicación asertiva, relaciones interpersonales, y manejo de problemas y conflictos).

El modelo salutogénico y el enfoque de las habilidades para la vida presentan ciertas similitudes que no han sido estudiadas conjuntamente hasta la actualidad. Estudios han relacionado el SOC y las HpV con hábitos de vida modificables como consumo de alcohol y drogas, adherencia a la actividad física y alimentación. Además, el SOC se considera un factor protector frente a los hábitos poco saludables (7–14).

El SOC y las HpV han sido estudiados de modo separado en la diabetes mellitus. Esta es una de las enfermedades no transmisibles con mayor repercusión a nivel mundial (15), siendo su prevalencia en Europa en personas entre 20 y 79 años del 6.3 % (16). El 90 % de las personas con diabetes padecen diabetes tipo 2, una enfermedad potencialmente evitable, ya que su desarrollo está asociado a los estilos de vida (17). La prediabetes es el estadio previo de progresión de la diabetes tipo 2. Las conductas relacionadas con los hábitos saludables, dieta, ejercicio y no consumo de tóxicos, protegen a estas personas del desarrollo final de la diabetes (17,18).

Se conoce que un SOC menor es un factor de riesgo para desarrollar una diabetes (19) y que son las personas diabéticas con SOC mayor quienes demuestran mejor capacidad de autocuidado (20). Además, la relación entre las HpV y el riesgo de padecer diabetes no está descrita, pero un estudio casi experimental demostró que un programa de HpV en personas adultas con diabetes aumentó su calidad de vida (21). También el hecho de tener mayores HpV permite elegir estilos de vida más saludables (22).

El presente estudio tiene como objetivo analizar el SOC y las HpV de las personas con prediabetes y relacionarlos con el cumplimiento del estilo de vida saludable. Conocer la influencia de estos sobre la adherencia a los hábitos saludables nos ayudará a orientar intervenciones entre la población de personas con prediabetes en la atención primaria de salud.

Metodología

Diseño del estudio

Estudio observacional transversal en personas adscritas a un área básica de salud rural.

Participantes

Personas mayores de 18 años y con diagnóstico de prediabetes (23). Se excluyeron las personas con deterioro cognitivo y con dificultades para entender, leer o escribir el castellano. Mediante un muestreo consecutivo se incluyeron 55 individuos.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario *ad hoc* autoadministrado con variables: (a) sociales y demográficas (edad, sexo, país de nacimiento, convivencia, tener persona a cargo, nivel de estudios y situación laboral), (b) variables de salud (presencia de enfermedad física y de enfermedad mental) y (c) estilos de vida (dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo). Todas las variables de estilo de vida se midieron de acuerdo con los instrumentos incorporados en el Programa de Actividades Preventivas de Atención Primaria (24). La dieta se valoró como adecuada (consumo de frutas, verduras y de aceite de oliva diario y no consumo de dulces, grasas animales y fritos diario) e inadecuada (el resto de combinaciones posibles). La actividad física fue valorada como insuficiente (menor a 150 minutos de actividad física/semana) o suficiente (igual o superior a 150 minutos/semana). El tabaco como: fumador y no fumador (no fumador y ex fumador). La variable estilo de vida saludable se creó según la agrupación de las variables: dieta, actividad física y tabaquismo, a partir de las recomendaciones de estilo de vida saludable de la OMS (25).

El SOC se midió mediante el cuestionario SOC-13. Este consta de 13 ítems con una escala de respuesta tipo Likert. El cuestionario permite describir 3 áreas diferentes del sentido de coherencia: la significación, la comprensibilidad y la manejabilidad. A más puntuación, más sentido de coherencia, con un máximo de 92 puntos y sin establecerse punto de corte (26). La validez interna medida con el alfa de Cronbach fue de 0.740.

Las HpV se midieron con el Cuestionario de HpV, adaptado de la versión de Diaz Posada *et al.* (7) (alpha

de Cronbach 0.850) (7,10,11). El cuestionario consta de 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que evalúa las 10 HpV. A más puntuación, más HpV, estableciendo el punto de corte en 120 puntos (11).

Recolección de datos

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Los datos se recogieron en las consultas de atención primaria entre enero y junio del 2019. La cumplimentación de los cuestionarios tenía una duración aproximada de 30 minutos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos de los cuestionarios se analizaron utilizando IBM SPSS Statistics for Windows versión 21.0 (IBM Corp. Released, 2012). El nivel de significancia para todos los análisis se estableció en $p < 0.5$.

Se realizaron análisis descriptivos para las variables sociales, demográficas y de salud recogidas, así como para el SOC y las HpV. Las variables continuas se describen con la media y las medidas de dispersión (desviación estándar, mediana y rango intercuartílico). Las variables categóricas se describen en términos de la frecuencia absoluta y su porcentaje.

En el análisis bivariado se analizaron los constructos con las variables sociales y demográficas, así como entre ellos. Por último, mediante el modelo de regresión lineal se analizó la variable dependiente de estilo de vida saludable con el resto de constructos y las variables que demostraron mayor peso en el análisis bivariado.

Resultados

Con relación al estilo de vida, se observó que las mujeres siguen una dieta más saludable ($p=0.015$) y los hombres realizan una actividad física suficiente ($p=0.015$). Un 27.3% de los participantes cumplen el estilo de vida saludable (dieta adecuada, actividad física suficiente y ausencia del hábito tabáquico), y son las mujeres quienes presentan mayor probabilidad de seguirlo ($B: 13.4; p=0.006$).

La puntuación media del SOC fue de 67.11 (9.82), siendo los hombres quienes presentaron un valor mayor (71.31 (6.39) vs. 61.26 (10.86); $p \leq 0.001$). Las personas de mayor edad presentaron valores de comprensibilidad (23.08 (3.04) vs. 21.10 (3.35);

$p=0.027$) y significación (30.40 (5.47) vs. 27.83 (3.82); $p=0.046$) más elevados. Realizar tareas intermedias o de dirección en el ámbito laboral ($p=0.02$), no presentar patología mental ($p=0.043$) se relacionó con un SOC mayor. Con relación a los estilos de vida, se observa que las personas que realizan actividad física suficiente tienen un SOC mayor que el resto de los participantes (71.06 (6.97) vs. 61.61 (10.68); $p=0.001$) (Tabla 1). En el análisis del SOC con el estilo de vida saludable (dieta adecuada, actividad física suficiente y ausencia del hábito tabáquico) se observa que las personas con este estilo de vida presentan un SOC total mayor (73.07; DE 7.34) que las que no lo siguen (64.87; DE 9.77) con diferencias significativas ($p=0.005$).

Con relación a las HpV, la puntuación media fue de 154.75 (18.79), sin diferencias según género ($p=0.371$) ni edad ($p=0.637$). Las puntuaciones más elevadas fueron: solución de problemas ($p=0.004$), relaciones interpersonales ($p=0.04$), comunicación asertiva ($p=0.011$) y la gestión del estrés ($p=0.009$). Las personas que viven acompañadas presentan valores superiores en todas las HpV (157.65 (17.24) vs. 139.89 (20.40); $p=0.008$) (Tabla 2).

En el análisis de las HpV y estilo de vida saludable, los participantes que siguen el estilo de vida saludable presentan mayores puntuaciones en las HpV (165.53 (12.31) vs. 150.70 (19.32); $p=0.008$). Los y las participantes que realizan actividad física suficiente presentan mejores puntuaciones en las habilidades de relaciones interpersonales (17.41 (2.53) vs. 15.78 (3.15); $p=0.039$), manejo de emociones (16.51 (2.19) vs. 14.91 (3.20); $p=0.033$), comunicación asertiva (15.94 (2.41) vs. 14.00 (3.52); $p=0.019$) y gestión del estrés (16.31 (2.53) vs. 14.22 (3.53); $p=0.020$).

En la Tabla 3 se presentan los resultados de las relaciones entre el SOC y las HpV, observándose que las personas con más SOC presentan puntuaciones más altas en las HpV (Pearson=0.470, $p \leq 0.001$). Concretamente en las habilidades de autoconocimiento (Pearson=0.316, $p < 0.05$), comunicación asertiva (Pearson=0.445, $p < 0.001$), relaciones interpersonales (Pearson=0.366, $p < 0.001$), toma de decisiones (Pearson=0.288, $p < 0.05$), solución de problemas (Pearson=0.318, $p < 0.05$), manejo de las emociones (Pearson=0.417, $p < 0.001$) y manejo del estrés (Pearson=0.342, $p < 0.05$).

Los resultados del modelo de regresión permiten observar que el SOC es la mejor variable para

Tabla 1. Descripción de la relación entre SOC y variables sociodemográficas, antropométricas y estilos de vida.

	SOC total	p	Comprensibilidad	p	Manejabilidad	p	Significación	p
Sexo								
Hombre (n=32)	71.31 (6.39)	≤0.001	23.47 (2.26)	≤0.001	17.03 (2.35)	0.005	30.81 (3.74)	0.001
Mujer (n=23)	61.26 (10.86)		19.96 (3.55)		14.17 (4.76)		26.48 (4.98)	
Edad								
18-65 años (n=30)	65.00 (8.92)	NS	21.10 (3.35)	0.027	15.57 (3.67)	NS	27.83 (3.82)	0.046
66 o más años (n=25)	69.64 (10.43)		23.08 (3.04)		16.16 (4.00)		30.40 (5.47)	
Cómo viven								
Acompañado (n=46)	67.57 (9.97)	NS	22.15 (3.34)	NS	16.02 (3.74)	NS	29.07 (5.07)	NS
Solo (n=9)	64.78 (9.24)		21.22 (3.38)		14.89 (4.20)		28.67 (3.04)	
Situación laboral								
Jubilado, paro, incapacidad o invalidez (n=30)	67.97 (9.95)	0.02	22.37 (3.03)	NS	16.20 (4.20)	0.011	29.40 (4.50)	0.006
Trabajador manual (n=9)	59.11 (9.17)		20.22 (4.24)		12.33 (2.60)		24.89 (5.13)	
Trabajador intermedio o dirección (n=16)	70.00 (7.92)		22.31 (3.24)		17.13 (2.22)		30.56 (3.97)	
Dieta								
Adecuada (n=23)	70.09 (8.05)	NS	22.35 (3.07)	NS	16.87 (3.46)	NS	30.22 (3.87)	NS
Inadecuada (n=32)	64.97 (10.53)		21.75 (3.54)		15.09 (3.91)		28.13 (5.21)	
Actividad física								
Suficiente (n=32)	71.06 (6.97)	≤0.001	23.19 (2.35)	0.001	16.94 (2.56)	0.01	30.94 (4.06)	≤0.001
Insuficiente (n=23)	61.61 (10.68)		20.35 (3.82)		14.30 (4.69)		26.30 (4.43)	
Tabaquismo								
Fumador (n=9)	65.33 (3.71)	NS	21.67 (2.06)	NS	15.78 (4.10)	NS	27.56 (2.30)	NS
No fumador (n=46)	67.46 (10.61)		22.07 (3.54)		16.11 (1.62)		29.28 (5.09)	
Enfermedades mentales								
Ninguna enfermedad (n=38)	69.21 (9.22)	0.043	22.89 (2.81)	≤0.001	16.76 (3.40)	0.006	29.55 (5.03)	NS
Una enfermedad (n=14)	63.21 (9.85)		20.93 (3.17)		14.43 (3.96)		27.86 (4.40)	
Dos o más enfermedades (n=3)	58.67 (10.26)		15.67 (2.31)		10.67 (2.08)		27.33 (1.53)	
Estilo de vida								
Saludable (n=15)	73.07 (7.34)	0.005	23.20 (2.95)	NS	17.60 (2.82)	0.001	32.27 (2.76)	0.034
No saludable (n=40)	64.87 (9.77)		21.55 (3.38)		15.18 (3.99)		27.78 (4.81)	

Las variables cuantitativas se expresan con la mediana y la desviación típica. Anova de un factor $p < 0.05$ se considera significativa.

Tabla 2. Descripción de la relación entre HpV y variables sociodemográficas, antropométricas y estilos de vida.

	HpV Total	p	Autoconoci- miento	p	Empatía	p	Comunicac ión	p	Relaciones interperso nales	p	Toma de decisiones	p	Solución de problemas	p	Pensamien to p creativo	p	Pensamien to crítico	p	Gestión de emociones	p	Gestión estrés p	
Sexo**																						
Hombre (n=32)	156,69 (19,94)	NS	16,09 (1,99)	NS	15,66 (3,14)	NS	15,56 (2,91)	NS	16,84 (2,84)	NS	15,88 (3,87)	NS	17,84 (2,74)	NS	14,56 (3,62)	NS	14,63 (3,94)	NS	16,34 (2,86)	NS	15,28 (3,12)	NS
Mujer (n=23)	152,04 (17,13)		15,74 (2,99)		16,13 (2,46)		14,52 (3,20)		16,57 (3,01)		15,74 (3,93)		15,35 (2,53)		14,00 (4,03)		13,22 (3,93)		15,13 (2,47)		15,65 (3,21)	
EIad**																						
18-65 años (n=30)	151,57 (15,14)	NS	15,53 (2,39)	NS	15,80 (2,46)	NS	14,20 (2,99)	0,012	16,23 (2,53)	NS	15,33 (3,53)	NS	15,20 (2,04)	NS	14,37 (3,73)	NS	13,37 (3,68)	NS	15,67 (2,17)	NS	15,87 (2,47)	NS
66 o más años (n=25)	158,56 (22,13)		16,44 (2,45)		15,92 (3,33)		16,24 (2,79)		17,32 (3,22)		16,40 (4,22)		16,16 (3,18)		14,28 (3,90)		14,84 (4,21)		16,04 (3,35)		14,92 (3,77)	
Cómo viven**																						
Acompañado (n=46)	157,65 (17,24)	0,008	16,22 (2,46)	NS	16,13 (2,75)	NS	15,41 (3,05)	NS	17,09 (2,67)	0,036	15,83 (4,04)	NS	15,87 (2,42)	NS	14,93 (3,59)	0,006	14,26 (4,01)	NS	16,13 (2,53)	NS	15,78 (3,03)	NS
Solo (n=9)	139,89 (20,40)		14,56 (1,88)		14,44 (3,17)		13,67 (2,78)		14,89 (3,41)		15,78 (2,99)		14,44 (3,50)		11,22 (3,23)		12,89 (3,69)		14,33 (3,46)		13,67 (3,24)	
Personas a cargo**																						
SI (n=16)	154,25 (18,07)	NS	15,88 (2,94)	NS	15,31 (2,18)	NS	14,38 (3,50)	NS	16,50 (3,10)	NS	14,88 (4,24)	NS	15,75 (2,32)	NS	15,56 (3,08)	NS	14,26 (4,01)	NS	15,94 (1,94)	NS	16,19 (2,51)	NS
No (n=39)	154,95 (19,31)		15,97 (2,24)		16,08 (3,09)		15,44 (2,84)		16,82 (2,84)		16,21 (3,68)		15,59 (2,79)		13,82 (3,94)		12,89 (3,69)		15,79 (3,04)		15,13 (3,34)	
Nivel educativo																						
Sin estudios o estudios primarios (n=27)	152,22 (20,95)	NS	16,33 (2,50)	NS	15,85 (2,71)	NS	15,30 (3,27)	NS	16,52 (3,49)	NS	15,63 (4,49)	NS	15,44 (2,90)	NS	13,48 (3,93)	NS	13,04 (3,91)	NS	15,37 (3,48)	NS	15,26 (3,54)	NS
Otros niveles de estudios (n=28)	157,18 (16,48)		15,57 (2,36)		15,86 (3,04)		14,96 (2,87)		16,93 (2,21)		16,00 (3,21)		15,82 (2,41)		15,14 (3,49)		15,00 (3,84)		16,29 (1,74)		15,61 (2,75)	
Situación laboral																						
Jubilado, paro, incapacidad o inactividad (n=30)	154,30 (21,83)	NS	15,83 (2,37)	NS	15,70 (3,37)	NS	15,30 (3,25)	NS	16,63 (3,34)	NS	16,33 (4,08)	NS	15,60 (3,16)	NS	13,73 (3,98)	NS	14,33 (4,05)	NS	16,10 (2,99)	0,027	14,73 (3,5)	NS
Trabajador manual (n=9)	144,67 (11,66)		15,00 (2,83)		15,44 (2,51)		13,33 (3,16)		16,11 (2,15)		15,11 (4,23)		15,00 (1,94)		13,44 (4,19)		12,33 (2,60)		13,67 (2,50)		15,22 (2,44)	
Trabajador intermedio o dirección (n=16)	161,25 (13,08)		16,69 (2,27)		16,38 (1,93)		15,81 (2,29)		17,25 (2,35)		15,25 (3,28)		16,06 (1,84)		15,94 (2,70)		14,44 (4,38)		16,56 (1,75)		16,88 (2,31)	
Consumo de alcohol																						
Abstemo (n=17)	145,65 (21,40)	0,042	15,88 (2,71)	NS	15,00 (3,10)	NS	14,82 (3,23)	NS	16,12 (3,81)	NS	14,94 (4,58)	NS	15,29 (3,48)	NS	12,00 (4,15)	0,007	12,47 (4,22)	NS	14,24 (3,51)	0,012	14,88 (4,20)	NS
Esporádicamente (n=20)	156,90 (16,54)		15,45 (2,31)		15,90 (2,88)		14,95 (2,89)		17,00 (2,41)		16,00 (3,29)		15,65 (1,81)		15,35 (3,28)		14,65 (3,75)		16,45 (1,91)		15,50 (2,69)	
A diario (n=18)	160,94 (15,99)		16,56 (2,31)		16,61 (2,50)		15,61 (2,50)		17,00 (2,43)		16,44 (3,78)		15,94 (2,62)		15,39 (3,01)		14,83 (3,73)		16,67 (2,14)		15,89 (2,47)	
Dieta**																						
Adecuada (n=23)	160,26 (14,50)	NS	16,30 (3,07)	NS	16,52 (2,94)	NS	15,91 (2,43)	NS	17,74 (2,28)	0,026	16,39 (2,88)	NS	16,43 (2,54)	NS	14,61 (3,93)	NS	13,70 (4,16)	NS	16,09 (2,11)	NS	16,57 (3,03)	0,022
Inadecuada (n=32)	150,78 (20,67)		15,69 (1,87)		15,38 (2,74)		14,56 (3,35)		16,00 (3,09)		15,41 (4,43)		15,06 (2,60)		14,13 (3,71)		14,28 (3,86)		15,66 (3,15)		14,63 (3,00)	
Actividad física**																						
Suficiente (n=32)	160,56 (15,19)	0,006	16,41 (2,27)	NS	15,94 (2,97)	NS	15,94 (2,41)	0,019	17,41 (2,53)	0,039	16,25 (3,20)	NS	16,13 (2,55)	NS	14,84 (3,66)	NS	14,84 (3,51)	NS	16,51 (2,19)	0,033	16,31 (2,53)	0,020
Insuficiente (n=23)	146,65 (20,6)		15,30 (2,57)		15,74 (2,75)		14,00 (3,52)		15,78 (3,15)		15,22 (4,63)		14,96 (2,67)		13,61 (3,89)		12,91 (4,35)		14,91 (3,20)		14,22 (3,53)	
Tabaquismo**																						
Fumador (n=9)	154,56 (14,78)	NS	15,56 (2,60)	NS	16,00 (2,55)	NS	13,89 (2,89)	NS	16,44 (3,05)	NS	17,44 (3,40)	NS	14,56 (1,59)	NS	14,22 (3,77)	NS	15,89 (3,89)	NS	15,44 (3,03)	NS	15,11 (2,62)	NS
No fumador (n=46)	154,78 (19,62)		16,02 (2,43)		15,83 (2,94)		15,37 (2,37)		16,78 (2,89)		15,55 (3,90)		15,85 (2,77)		14,35 (3,81)		13,67 (3,92)		15,91 (8,48)		15,50 (3,25)	
Estilo de vida**																						
Saludable (n=15)	165,53 (12,31)	0,008	16,67 (2,85)	NS	16,00 (3,19)	NS	16,80 (2,04)	0,011	18,00 (2,24)	0,044	16,80 (2,43)	NS	17,27 (2,25)	0,004	13,73 (3,75)	NS	14,27 (3,69)	NS	16,80 (1,74)	NS	17,20 (2,27)	0,009
No saludable (n=40)	150,70 (19,32)		15,68 (2,25)		15,80 (3,15)		14,50 (3,15)		16,25 (2,99)		15,45 (4,24)		15,03 (2,54)		13,80 (3,69)		13,95 (4,10)		15,47 (2,98)		14,78 (3,18)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis. Anova de un factor y T-Student** La p<0.05 se considera significativa.

Tabla 3. Correlación entre el sentido de coherencia y las habilidades para la vida.

	HpV														
	SOC total	SOC Comprensibilidad	SOC Manejabilidad	SOC Significación	HpV total	HpV autoconocimiento	HpV empatía	HpV comunicación	HpV relaciones interpersonales	HpV toma de decisiones	HpV solución de problemas	HpV pensamiento creativo	HpV pensamiento crítico	HpV manejo emociones	HpV manejo estrés
SOC total	1	0.781**	0.838**	0.826**	0.470**	0.316*	0.1	0.445**	0.366**	0.288*	0.318*	0.106	0.202	0.417**	0.342*
SOC Comprensibilidad		1	0.696**	0.442**	0.284*	0.134	0.035	0.368**	0.283*	0.132	0.084	0.077	0.184	0.283*	0.142
SOC Manejabilidad			1	0.523**	0.325*	0.123	0.011	0.369**	0.271*	0.136	0.236	0.094	0.127	0.331*	0.301*
SOC Significación				1	0.523**	0.361**	0.129	0.347**	0.336*	0.329*	0.422**	0.219	0.26	0.477**	0.317*
HpV total					1	0.559**	0.476**	0.723**	0.681**	0.378**	0.584**	0.720**	0.565**	0.716**	0.629**
HpV autoconocimiento						1	0.084	0.484**	0.442**	0.032	0.425**	0.296*	0.169	0.242*	0.349**
HpV empatía							1	0.232	0.141	0.286*	0.199	0.348**	0.043	0.393**	0.185
HpV comunicación								1	0.645**	0.203	0.383**	0.466**	0.24	0.438**	0.358**
HpV relaciones interpersonales									1	0.06	0.351**	0.416**	0.336*	0.403**	0.416**
HpV toma de decisiones										1	0.181	0.082	0.188	0.004	0.004
HpV solución de problemas											1	0.297*	0.065	0.545**	0.312*
HpV pensamiento creativo												1	0.406**	0.522**	0.406**
HpV pensamiento crítico													1	0.337*	0.338*
HpV manejo de emociones														1	0.477**
HpV manejo estrés															1

Correlación de Pearson. *Significación estadística $p < 0.05$ **Significación estadística $p < 0.001$

Tabla 4. Relación del sentido de coherencia y las habilidades para la vida con el estilo de vida óptimo.

<i>Variable dependiente</i>	<i>Variables independientes</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
Estilo de vida	Sexo	2.96	1.14	2.09–179.5	0.009
	Edad	0.01	0.98	0.15–6.87	0.991
	Nivel de estudios	-1.17	0.9	0.05–1.80	0.191
	Situación laboral	-0.39	0.87	0.12–3.71	0.654
	Cómo viven	-0.58	1.31	0.04–7.28	0.657
	Personas a cargo	-0.62	1.04	0.07–4.13	0.553
	SOC total	0.21	0.08	1.05–1.44	0.01
	HpV total	0.05	0.03	0.98–1.12	0.146

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %.

predecir el estilo de vida saludable ($BB=0.21$, $p=0.001$) (Tabla 4) y los participantes con mayor SOC presentan una probabilidad 1.24 veces superior de seguirlo ($B: 1.24$; $p=0.001$).

Discusión

Los resultados del estudio muestran valores medios de SOC mayores que los de estudios similares (5,8,14,19), especialmente entre los hombres, de acuerdo con los estudios de Merakou *et al.* (19) y Starrin *et al.* (27). Con relación a la edad, se observa una mayor comprensibilidad y significación en las personas mayores de 65 años, acorde con los resultados de estudios que evidencian un SOC mayor en personas de más de 50 años (19,28). Además, se observa que las personas que realizan actividad física suficiente obtienen puntuaciones mayores en el SOC. Un estudio reciente ha identificado los factores que influyen en la adherencia en la actividad física sugiriendo el SOC como uno de estos factores (29).

Existen pocos estudios donde se evalúen las HpV en personas adultas con enfermedades crónicas. Los resultados muestran que las personas participantes presentan elevadas HpV, de acuerdo con el estudio de Sharma (11). Este resultado favorable podría estar influenciado por la media de edad de las personas participantes (65.6 años). El modelo teórico de las HpV de la OMS (1993) explica que a mayor edad, mayor adquisición de las HpV. No obstante, al igual que estudios previos, nuestros resultados no muestran diferencias de adquisición de HpV según la edad y el género (7,10).

Los resultados muestran una relación positiva entre el SOC y las HpV. Considerando el modelo

teórico de la salutogénesis, la implicación de los recursos generales de resistencia en el bienestar de las personas según el modelo y la asimilación de estos con los activos para la salud, se podría interpretar que estas habilidades funcionan como activos para la salud en los participantes, facilitando que tomen decisiones saludables con relación a las conductas y hábitos que protegen su salud. El SOC, según el modelo teórico, funcionaría como mediador en esta relación, la persona presenta mayor capacidad de comprender la situación de pre enfermedad (Comprensibilidad), moviliza mejor los recursos para gestionarla (Manejabilidad) y le da un significado en su contexto (Significatividad) (3). No obstante, hay que diseñar estudios longitudinales y experimentales donde pueda conocerse empíricamente el funcionamiento de las HpV y del SOC en esta relación.

Es de importancia considerar que el cumplimiento del estilo de vida saludable de los participantes es bajo. Este hecho se relaciona con un mayor riesgo de desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (17,30) y con complicaciones crónicas, una vez instaurada la enfermedad, que generan altos costes en la atención sanitaria (31). Este hecho revela que la población de personas con prediabetes debe ser una prioridad para el trabajo de los cambios de conductas relacionadas con los hábitos saludables.

Las personas con mayor SOC y mayores HpV siguen un estilo de vida más saludable que las personas con menores puntuaciones de SOC y HpV. La teoría salutogénica (2,3,5) ya estableció esta relación entre el SOC y las decisiones sobre conductas de salud que contribuyen a mejorarla. En el mismo sentido, autores demuestran que las personas diabéticas con mayor SOC presentan más

autocuidado y autocontrol de la enfermedad. Además, tener SOC mayor se ha relacionado con la ausencia de diabetes (14,20,32).

Se considera que conociendo que el SOC y las HpV muestran un peso específico en el cumplimiento del estilo de vida saludable en personas con prediabetes, se debe elaborar estrategias de salud que incluyan intervenciones para aumentar el SOC mediante las 10 HpV, dado que se ha demostrado que ambos constructos pueden mejorar con programas específicos (20,21). Por ejemplo, en la línea de mejorar la adherencia al estilo de vida saludable, diferentes estudios (10,30,32,33) han demostrado que los programas de prevención con intervenciones en HpV, consiguen mejoras en distintas conductas que benefician la salud, como con el abuso de sustancias. En cambio, existen múltiples programas de prevención mediante planes de alimentación y actividad física, sin mostrar resultados suficientes.(34,35)

Entonces trabajando las HpV y aumentando el SOC de las personas con prediabetes estas se empoderan con la utilización de las 10 HpV para comprender su situación de salud, gestionar cómo mejorarla y darle significado, de manera que decidan realizar conductas como comer en beneficio de su salud, hacer ejercicio y no fumar.

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con la posibilidad de un sesgo potencial de información dado que son los participantes quienes responden al cuestionario, pudiendo favorecer el cumplimiento de los estilos de vida de forma más positiva de lo que realmente realizan. Además, el hecho que la población estudiada sea de personas con diagnóstico de prediabetes y seguimiento clínico en atención primaria podría suponer un sesgo, dado que estos participantes pueden tener mayor adherencia al estilo de vida saludable.

También, el instrumento utilizado para medir las habilidades para la vida no está validado para la población de estudio a pesar de haber demostrado una alta fiabilidad interna en su aplicación en este.

Conclusiones

El cumplimiento del estilo de vida saludable de los participantes es bajo, especialmente los hombres. No obstante, las personas con prediabetes con un mayor

SOC y más HpV realizan conductas más saludables con relación a la dieta, al ejercicio físico y al consumo de tabaco. En dicha relación, el SOC es la variable más influyente en los comportamientos de salud estudiados.

Declaración de conflicto de intereses

Ningún conflicto declarado.

Financiación

Ninguna financiación declarada.

Ética de investigación

Esta investigación se realizó siguiendo las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki y Tokio) sobre aspectos éticos y las normas de buena práctica en investigación. El proyecto fue aprobado por el Comitè Ètic Unió Catalana d'Hospitals, con el código 19/14.

ORCID iD

Glòria Reig-Garcia  <https://orcid.org/0000-0003-3893-4231>

Referencias

1. World Health Organization. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario, CA: World Health Organization; 1986.
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11: 11–18.
3. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017.
4. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, Garcia-Moya I. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. In: Hernán M, Morgan A, Mena ÁL (eds). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Spain: Escuela Andaluza de Salud Pública.; 2010, pp.27–45.
5. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 376–381.
6. World Health Organization. *Life Skills Education in schools*. WHO/MNH/PSF/93.A Rev. 1. Geneva: WHO; 1993.
7. Díaz Posada LE, Rosero Burban RF, Melo Sierra MP, Aponte López D. Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Rev Colomb Ciencias Soc.* 2013; 4: 181–200.

8. Odajima Y, Sumi N. Factors related to sense of coherence in adult patients with type 2 diabetes. *Nagoya J Med Sci.* 2018; 80: 61–71.
9. Myers V, Drory Y, Gerber Y; Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Sense of coherence predicts post-myocardial infarction trajectory of leisure time physical activity: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2011; 11: 708.
10. Arpana S, D'Souza L. Development and validation of life skills questionnaire (LSQ). *Asian J Dev Matters.* 2012; 6: 13–19.
11. Sharma S. Measuring life skills of adolescents in a secondary school of Kathmandu: an experience. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2003; 1: 170–176.
12. Barkin SL, Smith KS, DuRant RH. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health.* 2002; 30: 448–454.
13. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Epstein JA, Doyle MM. Personal competence skills, distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prev Sci.* 2002; 3: 23–33.
14. Kouvonon AM, Väänänen A, Woods SA, Heponiemi T, Koskinen A, Toppinen-Tanner S. Sense of coherence and diabetes: a prospective occupational cohort study. *BMC Public Health.* 2008; 8: 46.
15. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013; 27: 263–272.
16. International Diabetes Federation. Atlas de diabetes de la FID. 2021. Disponible en: https://www.diabete-satlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
17. Serrano R, García-Soidán FJ, Díaz-Redondo A, Artola S, Franch J, Díez J, et al. Estudio de cohortes en atención primaria sobre la evolución de sujetos con prediabetes (PREDAPS): fundamentos y metodología. *Rev Esp Salud Pública.* 2013; 87: 121–135.
18. Leyva Jiménez R, Tanivet López-Carrera M, Rodríguez Guzmán E, Cervantes Navarro DM. Identificación de prediabetes en grupos de riesgo: una oportunidad para prevenir la enfermedad. *Atención Primaria.* 2019; 51: 663–664.
19. Merakou K, Koutsouri A, Antoniadou E, Barbouni A, Bertsias A, Karageorgos G, et al. Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. *Ment Health Fam Med.* 2013; 10: 3–13.
20. Odajima Y, Kawaharada M, Wada N. Development and validation of an educational program to enhance sense of coherence in patients with diabetes mellitus type 2. *Nagoya J Med Sci.* 2017; 79: 363–374.
21. Nasiri Ziba F, Meresht F, Seyedfatemi N, Haghani H. The effect of life skills training programs on quality of life and its dimensions in patients with type 2 diabetes. *Ann Trop Med Public Health.* 2017; 10: 1174–1178.
22. Burgés V, Fernández A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35: 79–88.
23. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care.* 2019 [consultado el 10 de febrero del 2019]; 42: S1–S19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336119/>
24. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria.* 2020; 52(Suppl 2): 32–43.
25. World Health Organization, Declaración de Shanghai sobre Promoción de la Salud 9.ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? Shanghai: World Health Organization; 2016.
26. Virués-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: 486–492.
27. Starrin B, Jonsson LR, Rantakeisu U. Sense of coherence during unemployment. *Int J Soc Welf.* 2001; 10: 107–116.
28. Turró Garriga O, Farrés Costa S, Pérez Terré A, Batlle Amat P. Assessment of the sense of coherence in the perceived burden and in the adherence to a psycho-educational program for informal caregivers of dependent persons. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018; 53: 196–201.
29. Adorni R, Greco A, D'Addario M, Zanatta F, Fattiroli F, Franzelli C, et al. Sense of coherence predicts physical activity maintenance and health-related quality of life: a 3-year longitudinal study on cardiovascular patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19: 4700.
30. Hernández Ruiz de Eguilaz M, Batlle MA, Martínez de Morentin B, San-Cristóbal R, Pérez-Díez S, Navas-Carretero S, et al. Alimentary and lifestyle changes as a strategy in the prevention of metabolic syndrome and diabetes mellitus type 2: milestones and perspectives. *An Sist Sanit Navar.* 2016; 39: 269–289.
31. Bloom DE, Chen S, Kuhn M, McGovern ME, Oxley L, Prettnner K. The economic burden of chronic diseases: estimates and projections for China, Japan, and South Korea. *J Econ Aging.* 2020; 17: 100163.
32. Hilding A, Eriksson A-K, Agardh EE, Grill V. The impact of family history of diabetes and lifestyle factors on abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetologia.* 2006; 49: 2589–2598.
33. Birrell Weisen R, Orley J, Evans V, Lee J, Sprunger B. Life skills education for children and adolescents in schools. Geneva: World Health Organization; 1994 [consultado el 5 de noviembre del], pp.1–47.

- Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, et al. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health* 2007; 7: 249.
 35. Larsen TM, Dalskov S, Van Baak M, Jebb S, Kafatos A, Pfeiffer A, et al. The Diet, Obesity and Genes (Diogenes) Dietary Study in eight European countries – a comprehensive design for long-term intervention. *Obes Rev.* 2010; 11: 76–91.