

616459866
010486197
21440452

J / 47

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

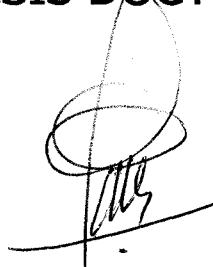
FACULTAD DE MEDICINA

Dpto. de Ciencias Sociosanitarias

92
42
02-04-04
Italo Raffello

*"Determinantes psicosociales y calidad de vida
en el paciente con pie diabético"*

TESIS DOCTORAL



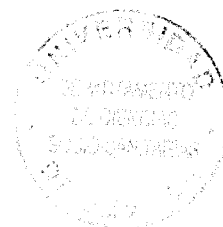
Félix Julio Jara Fernández

Sevilla, 2004



Manuel Conde Herrera, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla y Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla

INFORMA: Que **D. Félix Julio Jara Fernández** ha llevado a cabo bajo su dirección el trabajo que lleva por título "**Determinantes psicosociales y calidad de vida en el paciente con pie diabético**", considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado como Tesis Doctoral, lo que a los efectos oportunos, firma en Sevilla a 29 de marzo de dos mil cuatro



Fdo.: Manuel Conde Herrera

A mi mujer y mis hijas.

Agradecimientos

Al Profesor Doctor Conde Herrera, por su constante apoyo, asesoramiento, estímulo y buen humor, sin él no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Al Doctor Acosta Delgado, por su asesoramiento y ayuda en la selección y entrevista de los pacientes de consulta externas de los Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío"..

Al todo el personal médico del Servicio de Cirugía Cardiovascular, por su amabilidad y ayuda a la hora de seleccionar a los pacientes ingresados en los Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío".

A todo el personal de enfermería de las consultas externas y del área de curas del Pie Diabético, por su ayuda en la coordinación de las entrevistas con los pacientes.

A todos los pacientes que han colaborado, contestando amablemente a las preguntas del entrevistador, sin ellos hubiera sido imposible realizar este trabajo.

A mi mujer, por su paciencia, comprensión y constante apoyo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Pie diabético definición y clasificación	3
1.1. Magnitud del Problema	4
2. Calidad de Vida	7
2.1. Concepto	7
2.2. Calidad de Vida y Pie Diabético	10
3. Determinantes Psicosociales.....	11
3.1. Factores socio-demográficos y Pie Diabético	11
3.2. Apoyo Social	13
3.2.1. Concepto	13
3.2.2. Apoyo Social y Pie Diabético	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1. Justificación del estudio	19
2. Objetivos	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
1. Planteamiento Metodológico	23
2. Población a estudiar	23
2.1. Marco de estudios	23
2.2. Criterios de inclusión	23
2.3. Criterios de exclusión.....	24
3. Sujetos de estudio.....	25
4. Variables e Instrumentos	27

4.1. Variable Dependiente	27
4.2. Variables Independientes.....	29
4.2.1. Variables sociodemográficas.....	29
4.2.2. Variables Clínicas.....	31
4.2.3. Variables de Apoyo Social	31
4.3. Recogida de datos.....	34
4.3.1. Instrumentos	34
4.3.2. Procedimiento	38
4.4. Análisis estadístico.....	38
4.4.1. Soporte Informático	38
4.4.2. Análisis de datos	39
4.4.2.1. Estadística descriptiva	39
4.4.2.2. Comparación con valores poblacionales.....	40
4.4.2.3. Análisis bivariante.....	41
4.4.2.4. Análisis multivariante	43
RESULTADOS.....	45
1. Características de la población estudiada	47
1.1. Sociodemográficas.....	47
1.2. Clínicas	49
1.3. Apoyo Social.....	51
1.4. Calidad de Vida	54
2. Comparación de la calidad de vida con los valores poblacionales	59

2.1.	Descripción	59
2.2.	Comprobación de la normalidad.....	71
2.3.	Comparación con valores poblacionales.....	75
3.	Comparación entre la calidad de vida y el nivel en la escala Wagner.....	84
4.	Comparación entre la calidad de vida y las variables clínicas de apoyo social y sociodemográficas.....	88
5.	Análisis multivariante.....	112
5.1.	Regresión univariante	112
5.2.	Regresión ajustada por Wagner y edad.....	118
5.3.	Mejor modelo de regresión.....	123
	DISCUSIÓN.....	125
1.	Aspectos Metodológicos.....	128
2.	Discusión de los resultados	132
2.1.	Influencia del pie diabético en la calidad de vida	132
2.2.	Variables Clínicas y Calidad de Vida	134
2.3.	Variables Socio-demográficas y Calidad de Vida	136
2.4.	Variables de Apoyo Social y Calidad de Vida.....	142
	CONCLUSIONES	147
	BIBLIOGRAFIA	151
	ANEXOS.....	177

INTRODUCCIÓN

1. PIE DIABÉTICO DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se define el Pie Diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie ¹. La ulceración suele preceder al 60% de las amputaciones ². Los principales factores fisiopatológicos que agravan el riesgo de padecer Pie Diabético son: La pérdida de sensibilidad debido a la neuropatía periférica, el descenso del riego periférico motivado por la enfermedad vascular periférica y la biomecánica alterada, ya sea por deformidad ósea o por patología de las uñas ³⁻⁵.

La clasificación más aceptada y extendida del Pie Diabético es la Escala de Wagner ¹. Según dicha clasificación existen 6 grados en cuanto a la gravedad de las lesiones:

- *Grado 0*: pie clínicamente normal, pero al que un grado variable de neuropatía y la presencia de deformidades óseas lo sitúa como «pie de riesgo». Se incluye a cualquier enfermo con diabetes que presente algún tipo, por mínimo que sea, de neuro, artro, dermo o vasculopatía.
- *Grado 1*: existencia de úlcera superficial, que no afecta aún el tejido celular subcutáneo. Celulitis superficial.

- *Grado 2:* úlcera profunda no complicada, que afecta a tendón, hueso o cápsula, pero con ausencia de osteomielitis.
- *Grado 3:* úlcera profunda, complicada, con manifestaciones infecciosas: osteomielitis, absceso.
- *Grado 4:* Gangrena necrotizante limitada (dedo, antepié, talón).
- *Grado 5:* Gangrena extensa

1.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA

En España los estudios sobre la prevalencia de la Diabetes dan resultados muy dispares así la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (1996) ¹, junto con autores como Millán M. ⁶, Soriguer-Escofet F et al ⁷ e Ibáñez M ⁸ dan cifras de prevalencia que oscilan entre el 2,8% y el 10,3%, según criterios diagnósticos y localización geográfica.

Otros autores acotan más las cifras de prevalencia, estimando el número de españoles afectados por diabetes en dos millones quinientos mil ⁹. Esta cifra está en concordancia con la prevalencia que se estima en el ámbito norteamericano por la American Diabetes Association ¹⁰ y más localmente por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ¹¹, que calcula que existen unos 450.000 pacientes en Andalucía. Estas fuentes cifran la prevalencia de la diabetes tipo 1 en el 0,2 % de la población (5-10% de las personas con diabetes) y la prevalencia total de

la diabetes tipo 2 en el 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en relación con la edad (alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % si consideramos sólo a los mayores de 80 años) ¹⁰⁻¹². En el caso de la diabetes tipo 2, en un 20-30% de los casos se llega tarde al diagnóstico, cuando ya las complicaciones están presentes. A partir de los estudios realizados en España, se observa que un 30-50% de las personas con diabetes no lo sabían ¹². Esta tardanza en el diagnóstico provoca una alta tasa de ingresos, llegando a estimarse que entre un 20 y un 50% de los ingresos hospitalarios del paciente con diabetes, se debe a las lesiones del Pie Diabético ⁴.

Los signos y síntomas clínicos que configuran el Pie diabético, tienen una prevalencia entre el 8% y el 13% de la población diabética ^{12,13}. Aunque el 80-90% curan sin problemas, vuelven a aparecer en un 41% de los casos en los 3 años siguientes y en un 70% en los 5 años siguientes a su primera aparición. Normalmente la falta de cuidados de la herida conduce a la infección, gangrena, hospitalización, y amputación ¹⁴. De todas estas cifras se puede concluir que en Andalucía existirán alrededor de 45.000 pacientes con Pie Diabético, de los cuales unos 4.500 necesitarán cuidados al no evolucionar satisfactoriamente, de ellos se sabe que alrededor de 800 pacientes son amputados todos los años ⁴. Cifra que coincide con la tasa española de amputaciones: 10,9/100.000 hab./año.

Se calcula que en los Estados Unidos se realizan aproximadamente 67.000 amputaciones al año en pacientes con diabetes ¹⁵. A escala mundial hay 162 millones de amputaciones al año de las cuales el 50% son de diabéticos ¹⁶. El tipo de amputación más frecuente es la del dedo de un pie, seguida de la amputación por encima de la rodilla ⁴. Cuando la tendencia empieza a aumentar con mayor brusquedad es a partir de los 60 años. Un tercio de los diabéticos que han precisado una amputación mayor, pierden la extremidad contralateral dentro del período subsiguiente de 5 años ¹. En cuanto al tipo de diabetes que padecen los enfermos a los que se les realiza una amputación, es en su mayoría, diabetes tipo 2 (83%). El sexo predominante en las amputaciones es el masculino ^{1,4,16}. Al mismo tiempo los pacientes con más riesgo de padecer Pie Diabético eran los de mayor tiempo de evolución de la diabetes y que peor controlaban su glucemia ^{17,18}.

Los pacientes con Pie Diabético, generan un número de visitas a urgencias 3 veces superior y un número de visitas a consultas 22 veces superior en comparación con el diabético sin complicaciones, al mismo tiempo que presentan una estancia hospitalaria que oscila entre los 30-40 días. Se ha cifrado el gasto medio de la asistencia al Pie Diabético en unos 27.000 € ⁴.

En cuanto a las tasas de mortalidad por diabetes mellitus en España son de 18,89 por 100.000 hombres (18,34 en Andalucía) y de 29,12 por

100.000 mujeres (31,32 en Andalucía). Dichas tasas presentan una tendencia al alza en los últimos años. La mortalidad inicia un ascenso rápido a partir del grupo de edad de 45-49 años y alcanza los valores máximos en los mayores de 85 años. Esto ocurre tanto en las mujeres como en los hombres, aunque hay una mayor mortalidad en las mujeres a medida que aumenta la edad. Si bien, las estadísticas de mortalidad por diabetes están subestimadas por falta de adecuados registros en los certificados de defunción ^{4,11}. La Diabetes en España es 3ª causa de muerte en las mujeres y la 7ª en los hombres ¹¹. Una tercera parte de los diabéticos a los que se ha practicado una amputación mayor de la extremidad, fallecen dentro de los doce meses posteriores ⁸.

2. CALIDAD DE VIDA

2.1. CONCEPTO

El concepto de calidad de vida aparece en las sociedades occidentales a partir de 1970, en un momento en el que la esperanza de vida ha aumentado sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el objetivo no debe ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino, sobre todo, el de aportar una mejora en la calidad de los años vividos ¹⁹. Es un concepto multidimensional ^{6,20-23} que ha dado lugar a múltiples definiciones, entre ellas podemos destacar la propuesta

por Shumaker y Naughton, citada por Herdman y Baró ²⁴ que la define como: *"La Calidad de Vida relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar"*.

Lo que se trata de medir cuando se evalúa la Calidad de Vida es el grado de influencia de la enfermedad y/o su tratamiento sobre la calidad de vida global del paciente ²¹. Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien" y que engloba todos los aspectos vitales ²⁰. Dada las múltiples dimensiones a explorar, la Calidad de Vida ha de abarcar, al menos, las percepciones del paciente relacionadas con el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento sobre el sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación. Así, la investigación del estado funcional y la del bienestar son las dos dimensiones esenciales y básicas que, en la actualidad, comprende la definición de la calidad de vida relacionada con la salud. Ambas dimensiones básicas han de ser analizadas, por igual, en los tres dominios de la vida humana: físico, emocional y social ⁶.

Los factores que se estudian en la Calidad de Vida, incluyen:

- a) los aspectos relacionados con el funcionamiento físico, incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas y el desempeño de roles; así como los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento,
- b) los aspectos psicológicos que abarcan desde el malestar emocional hasta el funcionamiento cognitivo,
- c) los aspectos sociales que corresponden a la evaluación de las actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares u otros ^{19,21,22,24,25}. Y
- d) las percepciones del estado de salud y las expectativas de duración de vida ^{26,27}.

El conjunto de estos factores nos aporta la información necesaria para evaluar los distintos significados que para cada uno de nosotros tiene la Calidad de Vida, reflejando los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida familiar, para otros, en un sentido espiritual y para los que padecen alguna enfermedad, la calidad de vida puede centrarse en su dolencia y las consecuencias de ésta ²⁸.

2.2. CALIDAD DE VIDA Y PIE DIABÉTICO

Cuando se analizan las repercusiones de la Diabetes en la Calidad de Vida, múltiples estudios demuestran su influencia negativa. Esta pérdida de Calidad de Vida abarca todas las dimensiones estudiadas, desde la función física hasta la mental, pasando por los ámbitos sociales. Sólo un estudio no consiguió determinar la relación entre la Diabetes y la función mental ¹⁴, pero hay una abrumadora mayoría que sí las relaciona ^{2,13,27,30-33}. Cuando se ha estudiado la repercusión de los diferentes tipos de tratamiento de la diabetes en la Calidad de Vida, se ha observado cómo la ingesta de antidiabéticos orales y dieta tenían menos repercusiones en la Calidad de Vida que cuando se administraba insulina ^{33,34}. Al mismo tiempo si la administración de insulina es con bomba, su repercusión en la Calidad de Vida es menor que la autoadministrada ^{35,36}. No obstante, las repercusiones en la Calidad de Vida son de menor intensidad que en el resto de enfermedades crónicas si exceptuamos la Hipertensión Arterial ^{30,32,37}. En estudios previos, la Calidad de Vida no se ha asociado con el tipo de diabetes ³². Con respecto al tiempo de evolución de la diabetes, los resultados son contradictorios ^{32,38}. Tampoco el control de la glucemia se relaciona con una mejor Calidad de Vida ³⁹⁻⁴¹.

La presencia de complicaciones en la diabetes da lugar a una pérdida de Calidad de Vida ^{29,30,32,34,42-45}. Pero pocos estudios se han centrado en el Pie Diabético y además los resultados son contradictorios. Hay estudios

que determinan que la presencia de afectación neuropática y vascular (Fase 1-3 de Wagner) producen deterioro en la Calidad de Vida en el ámbito físico, mental y social ⁴⁶⁻⁴⁹. En sentido contrario otros estudios determinan que si la evolución del Pie Diabético implica sólo la amputación de un dedo o de medio pie (Fase 4 de Wagner) la Calidad de Vida no se ve afectada en comparación con otros diabéticos sin complicaciones, pero si la amputación es de mayor entidad (Fase 5 de Wagner) la Calidad de Vida se deteriora significativamente ⁵⁰. Otros estudios mencionan que los pacientes con amputaciones menores tienen mejor Calidad de Vida que los pacientes con úlceras ⁵¹. Los estudios por tanto, no son concluyentes.

3. DETERMINANTES PSICOSOCIALES

3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PIE DIABÉTICO

Apenas se encuentran estudios sobre las variables sociodemográficas en los pacientes con Pie Diabético, la mayor parte de los estudios se centran en la diabetes sin especificar si están presentes sus complicaciones. Los pocos estudios del Pie Diabético, concluyen que el nivel económico se relaciona negativamente con la presencia de amputaciones, al igual que el nivel educativo ⁵². Y al mismo tiempo que la etnicidad produce tasas diferentes de amputaciones, siendo estas más numerosas en la población mejicana que en la anglosajona, a igualdad de

gravedad de sus cuadros ⁵³. Pero poco más, pues el resto de los estudios se centran en los diabéticos en general.

Al igual que en la población general ⁵⁴, en los diabéticos el nivel educativo se relaciona positivamente con la calidad de vida ⁵⁵⁻⁵⁷. Junto a este, es el nivel de ingresos en los pacientes diabéticos, la variable que tiene una relación positiva más lineal con la calidad de vida ^{55,57}.

Otra de las variables relevantes es la edad, existiendo una relación negativa entre la misma y la calidad de vida ^{38,55,57}. Habría que suponer que cuanto más edad tengan los pacientes, más posibilidad de complicaciones tendrán y por tanto menor calidad de vida referirán, pero no se han encontrado estudios referidos a este aspecto. Otra variable importante es el sexo, pues las mujeres refieren siempre peor calidad de vida que los hombres ^{28,38,55,57}.

Finalmente el estado civil también se relaciona con la calidad de vida, de tal forma que los casados suelen obtener mejores puntuaciones en calidad de vida que cualquier otro estado civil ^{28,56,58,59}. Ahora bien, no parece ser sólo el mero hecho de estar casado el que se relacione con una mejor calidad de vida, es la calidad de las relaciones que se mantengan dentro del matrimonio el factor más importante, como se verá en el siguiente apartado ^{59,60}.

3.2. APOYO SOCIAL

3.2.1. Concepto

Muchos estudios que intentan determinar los factores psicosociales que tienen influencia en las enfermedades, citan al Apoyo Social como la variable más importante que determina la adaptación psicosocial a la enfermedad.

Se suele hacer referencia a un concepto general de Apoyo Social, cuya definición más aceptada es la propuesta por Lin, citada por García Martín ⁶¹, como las "*provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos*", al mismo tiempo tres han sido los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, instrumental e informativo ⁶².

Sin embargo, el Apoyo Social es un concepto multidimensional, que engloba la posibilidad de contar con un amplio número de personas que nos ayuden o Red Social, junto con disponibilidad de ayuda por parte de la familia y la calidad de las relaciones familiares o Apoyo Familiar, así como la ayuda recibida de personas ajenas a la familia o Apoyo Social propiamente dicho.

Se ha determinado que el contar con una amplia Red Social influye positivamente en la prevención y recuperación de los pacientes

cardiovasculares ⁶³. Al mismo tiempo y en sentido contrario el tener una escasa Red Social, se relaciona con la presencia de múltiples enfermedades ⁶⁴. El apoyo familiar suele relacionarse positivamente con la calidad de vida, sobre todo en su aspecto de calidad en las relaciones matrimoniales ^{28,58,59}. Teniendo una gran influencia en la adherencia a las recomendaciones del personal sanitario ⁵⁸. Y a su vez el Apoyo Social en su acepción de ayuda de personas ajenas a la familia, siempre se ha considerado importante en la prevención, curación y recuperación de los pacientes ⁵⁶.

3.2.1. Apoyo Social y Pie Diabético

Existe una ausencia de estudios que hayan explorado las relaciones entre el Pie Diabético y el Apoyo Social. No ya en sus componentes de Red Social o Apoyo Familiar, sino incluso en su acepción más global. Sin embargo sí ha sido ampliamente estudiado en pacientes diabéticos, sin especificar la presencia o ausencia de complicaciones.

Todos los estudios que investigaron las relaciones entre el Apoyo Social y la calidad de vida en los pacientes diabéticos, concluyeron que esta era positiva, y mencionaron la necesidad de prestar apoyo social a los diabéticos ^{40,65-67}. El apoyo social beneficia también a estos pacientes, pues mejora su ajuste psicosocial ⁶⁸⁻⁷¹, así como su adherencia terapéutica

^{72,73}. Los estudios que investigan si el tener apoyo social beneficia las conductas de autocuidados, muestran resultados contradictorios; así algunos determinan que las mejoran ⁷⁴⁻⁷⁶, mientras otros concluyen que no existe ninguna relación ⁷⁷⁻⁷⁹.

Cuando se ha investigado si el apoyo social mejora el autocontrol de la glucemia, las conclusiones no dejan lugar a dudas: el tener un buen apoyo social no se relaciona con el control de la glucemia ⁸⁰⁻⁸⁹. Sólo hemos encontrado tres estudios que obtienen una relación positiva y en todos el apoyo social ha sido en el ámbito educativo-instructivo ⁹⁰⁻⁹². Es más, otro estudio concluye que cuanto menos apoyo social se tiene más control de la glucemia se ejerce ⁷⁶.

Ahora bien cuando se profundiza en las diferentes dimensiones del Apoyo y se explora el Apoyo Familiar, los resultados de los estudios concluyen en los efectos beneficiosos de dicho apoyo, en todos los aspectos estudiados. Así, el tener un buen apoyo familiar mejora la calidad de vida ^{58,59,93-97}, se relaciona positivamente con las conductas de autocuidados ^{28,58,95-98}, mejora la adherencia terapéutica ^{28,78} y está relacionado directamente con el autocontrol de la glucemia ^{28,58,94,98-101}. Existen estudios que relacionan directamente el apoyo familiar con el ajuste psicosocial ⁹³ y con las tasas de supervivencia de los pacientes diabéticos ¹⁰².

Los resultados de todos estos estudios sugieren, que de las dimensiones del apoyo social es el apoyo familiar, con su componente de la calidad de las relaciones maritales el factor más determinante para los diabéticos^{58,103,104}. No se han estudiado dichas relaciones en los pacientes con Pie Diabético específicamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los datos aportados en la introducción, indican la alta prevalencia de la diabetes en la población general. Al mismo tiempo, también resaltan la alta proporción de pacientes que padecen complicaciones de la diabetes en los pies.

Las investigaciones hasta ahora realizadas, se han centrado mayoritariamente en los aspectos fisiopatológicos de las lesiones en los pies. Teniendo en cuenta el impacto que el Pie Diabético tiene en las esferas personal, familiar, social y profesional de los que lo padecen, se justifica la necesidad de utilizar medidas subjetivas de la calidad de vida relacionada con la salud, que constituyan un criterio más en la práctica clínica, para la atención de estos pacientes.

Por otro lado, es necesario conocer cuales son las variables clínicas, sociodemográficas y de apoyo social que más contribuyen a perder calidad de vida en estos pacientes.

Este conocimiento permitirá identificar los pacientes con más riesgo, sobre los cuales será necesario incidir diferencialmente, mejorando la atención integral que se le presta a los mismos.

2. OBJETIVOS.

1. Evaluar la Calidad de Vida de los pacientes con Pie Diabético y compararla con los valores de la población española.
2. Determinar la influencia de la edad y el género, en la Calidad de Vida de los pacientes con Pie Diabético.
3. Contrastar la influencia diferencial del tipo de diabetes y años de su padecimiento, en la Calidad de Vida de los pacientes con Pie Diabético.
4. Analizar la influencia del nivel socioeconómico, en la Calidad de Vida de los pacientes con Pie Diabético.
5. Delimitar la influencia del Apoyo Social, en la Calidad de Vida de los pacientes con pie diabético.
6. Examinar, a la vista de los resultados obtenidos en los análisis de regresión, cuales son los principales factores de riesgo, para la pérdida de Calidad de Vida de los pacientes con Pie Diabético.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

Estudio observacional, transversal, analítico.

2. POBLACIÓN A ESTUDIAR

Pacientes mayores de 55 años con Pié Diabético.

2.1 Marco de Estudio

Se utilizó como marco de estudio, los pacientes atendidos en el Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío" de Sevilla. Este hospital es de referencia para el área sanitaria de su propio nombre, cuya cobertura geográfica comprende desde Aznalcollar al norte, Aznalcazar hacia el Sur, Pilas hacia el oeste y Utrera hacia el este. La población atendida es de 765.871 habitantes. De los cuales 273.081 eran mayores de 55 años al inicio del estudio ¹⁰⁵.

2.2 Criterios de inclusión

- Pacientes con Pie Diabético sin o con lesión trófica, con al menos 55 años de edad y Diabetes tipo 1 ó 2 de más de 10 años de evolución

Escala de Wagner

Grado 0	Pie clínicamente normal, pero al que un grado variable de neuropatía y la presencia de deformidades óseas lo sitúa como «pie de riesgo». Se incluye en este concepto a cualquier enfermo con Diabetes Mellitus, que presente algún tipo, por mínimo que sea, de neuro, artro, dermo o vasculopatía.
Grado 1	Existencia de úlcera superficial, que no afecta aún el tejido celular subcutáneo. Celulitis superficial.
Grado 2	Úlcera profunda no complicada, que afecta a tendón, hueso o cápsula, pero con ausencia de osteomielitis.
Grado 3	Úlcera profunda, complicada, con manifestaciones infecciosas: osteomielitis, absceso.
Grado 4	Gangrena necrotizante limitada (dedo, antepié, talón).
Grado 5	Gangrena extensa.

2.3 Criterios de exclusión.

- Pacientes con deterioro cognitivo y/o diagnóstico de Demencia en cualquiera de sus variantes (n=2).
- Pacientes con imposibilidad física de responder al cuestionario (n=1).
- Pacientes que no dieran su consentimiento para la participación en el estudio (n=0).

3. SUJETOS DE ESTUDIO

Para determinar el tamaño muestral adecuado, se tuvo en consideración los valores máximos y mínimos de la media poblacional española ¹⁰⁶. De ellos y tras conocer las desviaciones estándar, el resultado del cálculo del tamaño muestral, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20, en un contraste bilateral y para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades en la desviación estándar, debía estar comprendido entre 126 y 154 pacientes.

Al no tener valores previos de Calidad de Vida en pacientes con pie diabético españoles, se optó por aumentar el tamaño muestral hasta 213 pacientes, con lo que la diferencia a detectar en la desviación estándar pasó a ser igual o superior a 4,05 unidades, con riesgo alfa de 0,05 y con riesgo beta de 0,20.

La selección de los pacientes se realizó utilizando un sistema de muestreo consecutivo. Para ello se contactó diariamente con el Servicio de Endocrinología del Centro de Diagnóstico y Tratamiento, tanto en sus áreas de Consultas Externas como en el área de Sala de Curas de Pié Diabético, así como con el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General. Tras el estudio de la Historia Clínica y la comprobación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión se pasó a la entrevista personal con cuestionario.

Se seleccionaron los pacientes cuyo diagnóstico clínico podía incluirse en algunos de los siguientes códigos del CIE-10: E10; E10.4+; E10.5; E11; E11.4+; E11.5; E14; E14.4+; E14.5. Con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos, se seleccionaron un total de 213 pacientes.

Estos pacientes se clasificaron en tres grupos en función del tipo de lesión que padecían. Así se agruparon en:

- Grupo A: Pacientes sin lesión trófica, con valoración en escala Wagner de 0.
- Grupo B: Pacientes con lesión trófica sin indicación de amputación, con valoración en escala Wagner del 1 al 3.
- Grupo C: Pacientes con lesión trófica e indicación de amputación, con valoración en escala Wagner del 4 al 5.

Se agruparon con la finalidad de tener grupos homogéneos en cuanto a las variables a estudiar. Así había claras diferencias entre el primer y el segundo grupo, ya que los pacientes del primero no padecían úlceras, al contrario que en el segundo, que las padecían en mayor o menor profundidad y en presencia o no de infecciones. Al mismo tiempo la presencia de gangrena y la indicación de amputaciones en el tercer grupo, los diferenciaba claramente del segundo.

Los 213 pacientes estudiados, se agruparon de la siguiente manera:

- Grupo A: 84 pacientes.
- Grupo B: 59 pacientes.
- Grupo C: 70 pacientes.

4. VARIABLES E INSTRUMENTOS

4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Percepción de Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Se adopta la definición genérica de Calidad de Vida que propuso la O.M.S. en 1993: "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" ¹⁰⁷, pero dado que es un constructo multidimensional, se han considerado las definiciones operativas de cada una de sus dimensiones enunciadas en el *Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de Salud SF-36* ¹⁰⁸.

Función Física (FF):

Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol Físico (RF):

Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las actividades.

Dolor Corporal (DC):

La intensidad del dolor y su efecto en trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera del mismo.

Salud General (SG):

Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar

Vitalidad (V):

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social (FS):

Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual

Rol Emocional (RE):

Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo

dedicado a esas actividades, rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar

Salud Mental (SM):

Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Combinando las anteriores dimensiones se construyen dos factores: Componente Físico Global que engloba a: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General. Y el Componente Mental Global que resume a Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

4.2.1. Variables Sociodemográficas.

Se estudiaron las siguientes variables:

- *Edad*: En un principio se registró como variable continua, para posteriormente estratificarlas por grupos de edad para su comparación con los valores poblacionales de la variable dependiente. Así se agruparon en: de 55 a 64 años, de 65 a 74 años y ≥ 75 años.
- *Sexo*.

- *Estado Civil:* Se clasificaron entre: solteros, casados, separados-divorciados y viudos. Posteriormente se agruparon Casados y No casados.
- *Nivel de estudios:* Divididos en: analfabetos, solo leer y escribir, primarios incompletos, primarios completos, bachiller elemental, bachiller superior y universitarios. Se agruparon en: analfabetos, estudios primarios y estudios superiores.
- *Actividad Laboral:* Inicialmente con las siguientes categorías: trabajador actual, pensión propia, pensión familiar, rentas, ayuda familiar, pensión propia más ayuda familiar. Finalmente se agruparon en activos laboralmente y no activos.
- *Nivel de ingresos según sus necesidades:* Clasificados en holgados, suficientes, justos, escasos y muy escasos. Se agruparon en el análisis multivariante en suficientes, justos y escasos y en el bivariante en suficientes y escasos.
- *Equipamiento doméstico:* Esta variable se diferenció en dos: tener *Calefacción* en casa y *Pasar frío a menudo*, ambas eran dicotómicas.

4.2.2. Variables Clínicas.

- *Tipo de Diabetes:* Clasificados en 1 ó 2.
- *Puntuación en la escala Wagner:* Se puntuaron de 0 al 5, tal como refleja la escala, para posteriormente agruparlos en 3 niveles: 0, 1-3 y 4-5.
- *Tiempo de Evolución:* Aunque inicialmente se registró como una variable continua, finalmente se agruparon por rangos de edad: 10-19 años, 20-29 años, \geq 30 años y desconocido. Correspondiendo esta última categoría a los pacientes que cumpliendo los criterios de inclusión, no tenían registro de la fecha de inicio de la diabetes en su historia clínica.

4.2.3. Variables de Apoyo Social.

Puesto que se pretendía estudiar la influencia de los diversos componentes del Apoyo Social, se optó por valorarlos con distintos cuestionarios complementarios entre si, de esta forma se estudiaron las siguientes variables a través de cuestionarios validados:

- *Apoyo Social Confidencial:* Entendido como la opinión subjetiva, de contar con personas a las que se les puede comunicar aspectos íntimos y personales. Se registró como variable dicotómica (Bueno vs. Malo)

- *Apoyo Social Afectivo*: Definido como la percepción subjetiva, de contar con personas que expresan sentimientos positivos de estima y pertenencia a grupos. Se registró como variable dicotómica (Bueno vs. Malo)
- *Apoyo Social Total*: Que refleja la suma de las acciones de los dos anteriores. Se registró como variable dicotómica (Bueno vs. Malo)
- *Apoyo Familiar*: Donde se valora a la familia como un recurso de ayuda para el paciente ante sus problemas o por el contrario empeora la situación a la que se tiene que enfrentar. Se puntuó como Funcional, Disfunción Leve y Disfunción Grave.

Finalmente y dentro del Apoyo Social, se valoró la Red Social que abarca las Relaciones Sociales y la Red de Apoyo. Estas fueron exploradas mediante de las siguientes variables:

Dentro de las Relaciones Sociales se estudiaron:

- *Convivencia*: Con las siguientes posibles respuestas: Solo, con la familia, con otras personas, en una institución y otras situaciones. Posteriormente se agruparon en Acompañados y Solos.
- *Frecuencia de contacto con familiares distintos de los que convive*: Clasificados en: diariamente, una o dos veces por

semana, una o dos veces al mes, cada varios meses, raramente y nunca. Se agruparon para el análisis en: diariamente, casi diariamente y esporádicamente.

- *Frecuencia de contacto con amigos:* Se clasificó igual que la variable anterior y se agrupó finalmente de idéntico modo.
- *Tiempo de soledad en casa:* Aquí existían las siguientes opciones: nunca, menos de 2 horas, de 2 a 8 horas, de 8 a 12 horas y más de 12 horas. La agrupación en el análisis bivariante fue: menor o igual a 2 horas y más de 2 horas. En el análisis multivariante la agrupación fue: menor o igual a 2 horas, entre 2 y 12 horas y más de 12 horas.

En cuanto al apartado de la Red Social, se analizaron:

- *Confidente:* Existencia de alguien en el quién confiar, que pudo ser contestada en formato dicotómico.
- *Cuidador:* Existencia de alguien que le ayude materialmente en su enfermedad, también en formato dicotómico.
- *Relaciones con el confidente:* Se exploraron las relaciones entre el paciente y su confidente sí la hubiera. Se clasificó al inicio en: cónyuge, hijos, otros familiares, amigos, otras personas. Se agrupó en el análisis bivariante en: cónyuge, otros, y no

procede para las situaciones en la que no se tenía confidente.

En el análisis multivariante se agrupo en: cónyuge, hijos/as y otros.

- *Relaciones con el cuidador:* Es idéntica a la variable anterior, pero aplicándola a la persona que cuida del paciente.

4.3. RECOGIDA DE DATOS

4.3.1. Instrumentos

La medición de la Calidad de Vida percibida se realizó a través del cuestionario SF-36 (Anexo 1). Este cuestionario, validado para la población española ^{106,109,110}, consta de 36 ítems que exploran las dimensiones antes expuestas. Al mismo tiempo dichas dimensiones pueden agruparse en:

- Dimensiones Físicas:

Engloba a las dimensiones de Función Física (10 ítems), limitaciones del Rol por problemas físicos (4 ítems), Dolor Corporal (2 ítems) y Percepción de Salud General (5 ítems)

- Dimensiones Emocionales:

Abarca las dimensiones de Vitalidad (4 ítems), Función Social (2 ítems), limitaciones del Rol por problemas emocionales (3 ítems) y Salud Mental (5 ítems).

Puntuación: El cuestionario SF-36 está construido de tal forma que a mayor puntuación tanto en cada ítems como en cada dimensión o agrupación de dimensiones, mejor es la calidad de vida percibida por el paciente ¹¹¹.

Los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que va desde el 0 (peor calidad de vida para esa dimensión) hasta el 100 (la mejor calidad de vida). Aunque no ha sido diseñado para generar un índice global, permite calcular dos puntuaciones resumen adaptadas a la población española: el Componente Físico Global (CFG) y el Componente Mental Global (CMG).

Estos componentes globales, se obtienen mediante la estandarización de cada una de las dimensiones utilizando las medias y desviaciones estándar de la población española publicadas por Alonso et al ¹⁰⁶, para agregarlas y transformarlas posteriormente de la manera siguiente ¹⁰⁸.

A. Estandarización:

$$FF_Z=(FF-84.7)/24.$$

$$RF_Z=(RF-83.2)/35.2.$$

$$DC_Z=(DC-79.0)/27.9.$$

$$SG_Z=(SG-68.3)/22.3.$$

$$VT_Z=(VT-66.9)/22.1$$

$$FS_Z=(FS-90)/20.0.$$

$$RE_Z=(RE-88.6)/30.1.$$

$$SM_Z=(SM-73.3)/20.1.$$

B. Agregación para los componentes físicos y mentales, utilizando pesos españoles:

$$AGG_FIS= (FF_Z \times 0.407) + (RF_Z \times 0.359) + (DC_Z \times 0.332) + (SG_Z \times 0.292) + (VT_Z \times (-0.039)) + (SF_Z \times (-0.031)) + (RE_Z \times (-0.240)) + (SM_Z \times (-0.242)).$$

$$AGG_MEN= (FF_Z \times (-0.219)) + (RF_Z \times (-0.163)) + (DC_Z \times (-0.133)) + (SG_Z \times (-0.069)) + (VT_Z \times 0.232) + (SF_Z \times 0.241) + (RE_Z \times 0.512) + (SM_Z \times 0.536).$$

C. Transformación de los componentes globales:

$$CFG= 50 + (AGG_FIS \times 10).$$

$$CGM= 50 + (AGG_MEN \times 10).$$

En la comparación de los valores sobre Calidad de Vida, obtenidos con el SF-36, se emplearon los valores poblacionales de referencia de la versión española de dicho cuestionario, publicadas por Alonso et al en 1998¹⁰⁶ (Anexo 2).

Las dimensiones y componentes globales de la Calidad de Vida se consideraron como variables continuas, cuando se compararon con las

referencias poblacionales o en los análisis bivariantes. Los componentes globales se tomaron como categóricas, mayor o menor del percentil 25 de la distribución, cuando se efectuaron los análisis multivariantes.

La variable de Apoyo Social se recogió de una manera múltiple y complementaria. El primer cuestionario empleado fue el *Cuestionario de Apoyo Funcional Duke-UNK* (Anexo 3). Con este cuestionario, validado para la población española ¹¹², se valora fundamentalmente la opinión de los pacientes, sobre la posibilidad de contar con personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para las relaciones sociales y para la comunicación empática y emotiva ¹¹¹. Consta de 11 ítems con 5 posibles respuestas. De los ítems se extraen dos factores del apoyo social: el Apoyo Social Confidencial y el Afectivo. Se construye una puntuación resumen llamada Apoyo Social Total, que es la suma de los dos factores, utilizándose para su valoración la adición de los puntos de corte de los factores, con lo que se valora la complementariedad entre ambos tipos de apoyo.

Para el Apoyo Familiar se empleó el *Cuestionario de Función Familiar APGAR-Familiar*, (Anexo 4). Este cuestionario sobre Apoyo Social, fue validado en nuestro país por Bellón, J.A. et al en 1996 ¹¹³. Consta de 5 ítems con 3 posibles respuestas. Detecta la percepción del paciente sobre el grado de funcionalidad de su familia, en cuanto a las dificultades

que se tienen que enfrentar a lo largo del ciclo vital y su grado de adaptación ¹¹¹.

Finalmente la Red Social fue evaluada a través de un cuestionario diseñado al efecto para la ocasión, donde se distinguían aspectos de la cantidad de Relaciones Sociales y también de la Red de Apoyo. Las variables sociodemográficas y clínicas se recogieron en otro cuestionario confeccionado para la ocasión (Anexo 5).

4.3.2. Procedimiento.

Una vez identificados los pacientes y previa obtención de su consentimiento para participar en el estudio, se les entrevistó personalmente, dicha entrevista corrió a cargo de un único entrevistador.

1.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.4.1. Soporte Informático:

Durante la fase de recogida de datos de los cuestionarios se utilizó la aplicación MS Excell 97, para la grabación de los mismos. Al mismo tiempo la codificación, agregación, transformación y recodificación de los mismos se realizaron con idéntico programa. Con el cuestionario SF-36 se siguió las instrucciones del manual de Puntuación del Cuestionario de

salud SF-36 en su versión española ¹⁰⁸. Con respecto al Apoyo Social de Duke y al Apgar Familiar ateniéndose a las instrucciones de sendos cuestionarios ^{114,115}.

Posteriormente se importaron los datos desde el Statistical Package for Social Science Software (SPSS) en su versión 11.5. Con dicho paquete estadístico, se realizaron los análisis univariados, bivariados y multivariados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Gammo 5.2 *Programa para el cálculo del tamaño de la muestra y de la potencia de un contraste de hipótesis*, desarrollado por Marrugat, J. del Departamento de Epidemiología y Salud Pública perteneciente al Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona. Dicho programa se basa en los algoritmos de cálculos publicados por Marrugat et al en 1998 ¹¹⁶.

4.4.2. Análisis de los datos:

4.4.2.1. Estadística Descriptiva.

Se efectuó inicialmente un análisis descriptivo de cada una de las variables de interés. Con este análisis obtuvimos la distribución de frecuencias de cada una de las variables, así como el porcentaje de las variables sociodemográficas, clínicas y de apoyo social.

Con respecto a la Calidad de Vida, en un primer acercamiento se hallaron los percentiles, las puntuaciones mínimas y máximas y los porcentajes de dichas puntuaciones extremas en cada una de las dimensiones y de los componentes globales, así como las medidas de tendencia central: media, mediana, desviación típica. Posteriormente se calcularon idénticos estadísticos en función del género.

4.4.2.2. Comparación con Valores Poblacionales

A continuación se efectuó la comparación de todas las dimensiones de la Calidad de Vida con los valores poblacionales. Para ello se desagregaron los datos en función del género, rango de edad y puntuaciones en la escala Wagner, y se obtuvieron 18 estratos en función de Wagner, género y grupos de edad.

Con vista a la elección de las pruebas estadísticas a emplear en la comparación, se comprobó la normalidad de cada uno de los subgrupos formados anteriormente, en función de las 8 dimensiones de la calidad de vida y de los 2 componentes globales. Esta comprobación de la normalidad se realizó con el Test de Kolmogorov Smirnov y también gráficamente mediante Histogramas con curvas de normalidad. Se consideró la significación estadística cuando los valores obtenidos eran

superiores a 0,05. Este criterio fue empleado cada vez que se necesitó dicho test a lo largo de todo el análisis estadístico.

En los subgrupos que tenían una distribución normal, se utilizó el test T de comparación de medias, mientras en los de distribución no paramétricos se decidió el uso de medidas basadas en percentiles para su comparación con los valores de la población española; en este caso se empleó el test Chi Cuadrado para comparar los porcentajes de pacientes por debajo del percentil 25 poblacional para su edad y sexo. El criterio de emplear el percentil 25 poblacional, está extendido en la literatura, así Rose et al ¹¹⁷ lo proponen al considerarlo el más apropiado pues es el que ofrece mayor discriminación. En ambos tests se estableció la significación estadística para un error alfa de 0,05, este criterio se utilizó en todo el análisis estadístico.

4.4.2.3. Análisis Bivariante.

Al comienzo de este análisis se agruparon los datos similares dentro de cada variable, ya que el número de pacientes en cada categoría de cada estrato no era elevado ¹¹⁸. Así dentro de las variables sociodemográficas se recodificaron la edad (3 categorías), el nivel de estudios (3 categorías), la actividad laboral (2 categorías), el nivel de ingresos (2 categorías), y el estado civil (2 categorías). En las variables

clínicas se recodificaron las puntuaciones en la escala Wagner (3 categorías), y los años de diabetes (2 categorías). En cuanto a las variables de Apoyo Social, se agruparon cada una de las siguientes variables en 2 categorías: apoyo familiar, frecuencia de contactos familiares y con amigos, además del tiempo de soledad en casa, las relaciones con un confidente y las relaciones con el cuidador.

El siguiente paso del análisis bivariable, consistió en la comparación, en función del sexo y los grupos de edad, entre la Calidad de Vida y las puntuaciones en la escala Wagner. Se utilizó el test de Kolmogorov Smirnov para comprobar la normalidad de cada subgrupo, cuando estos eran paramétricos se empleo Anova y en caso de los no paramétricos el test H de Kruskal Wallis.

A continuación se compararon todas las variables clínicas, sociodemográficas y de apoyo social con las 8 dimensiones de la Calidad de Vida y los 2 componentes globales. Para efectuar dicha comparación se agruparon los pacientes por su género y puntuaciones en la escala Wagner. Comprobada la presencia o ausencia de normalidad de cada subgrupo, mediante el test de Kolmogorov Smirnov, se efectuaron los cálculos comparativos mediante Anova en los paramétricos y con U de Mann Whitney o H de Krukak Wallis en los no paramétricos.

4.4.2.4. Análisis Multivariante

Con el fin de estudiar las relaciones existentes entre la Calidad de Vida y el resto de variables potencialmente predictoras, se utilizó la Regresión Logística. Con dicha prueba buscamos encontrar la probabilidad de ocurrencia de una puntuación baja en Calidad de Vida en función de los valores en las restantes variables ¹¹⁹.

Se diseñaron dos modelos de regresión logística, en las que las variables dependientes fueron los componentes globales de la calidad de vida. Puesto que ambos componentes son variables cuantitativas, se procedió a categorizarlos en función percentil 25 de la distribución en cada uno de ellos.

El valor de significación por debajo del cual se consideraron que las variables provocaban un riesgo en los componentes globales de la calidad de vida, fue de 0,05 , con una O.R. de 1,5 y cuando el límite inferior del intervalo de confianza al 95% fuera igual o superior a 1,0.

Al principio se realizó análisis de regresión binominal entre el Componente Físico General y cada una de las variables del estudio. Del mismo modo se actuó con el Componente Mental Global.

Seguidamente se ajustaron por Wagner y Edad todas las variables. Dicha decisión de ajuste, se respalda en la extensa significación del

Wagner con la Calidad de Vida en los análisis bivariantes y en la influencia confusora de la edad con otras variables estudiadas.

Finalmente se elaboró el mejor modelo de regresión para cada componente. Para ello se seleccionaron las posibles variables explicativas. De forma común se introdujeron Wagner, edad y actividad laboral. Más específicamente y para cada componente, sólo las variables en las que se habían encontrado significación en el análisis de regresión ajustado por Wagner y edad. En concreto para el Componente Físico Global: fueron: tipo de diabetes, nivel de estudios, y nivel de ingresos. Y para el Componente Mental Global: apoyo confidencial, apoyo afectivo, apoyo total, apoyo familiar, soledad, confidente, calefacción y pasar frío.

Seleccionadas las variables a incluir en cada modelo, se aplicó la técnica paso a paso o *Stepwise*. Con esta técnica, se decide en cada paso, la inclusión o exclusión de una variable en función del cambio experimentado en la razón de máxima verosimilitud. El algoritmo utilizado ha sido el de inclusión hacia delante condicional (*forward*), con un nivel de confianza del 95%, un límite para la inclusión con un valor de significación estadística de 0,05 y un valor de exclusión de 0,1.

RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

1.1. SOCIODEMOGRÁFICAS:

Los 213 pacientes estudiados presentaban las características sociodemográficas que se detallan en la tabla 1.

El 43,2% tenían entre los 55 y 64 años, 39,9% del total entre 65 y 74 años, siendo \geq de 75 sólo el 16,9% de los pacientes.

En la muestra estudiada, un alto porcentaje (70%) eran varones, la mayoría no estaban activos laboralmente (85,4%) y un 67,1% estaban casados.

Una proporción bastante elevada (36,6%) eran analfabetos o sin estudios (sólo leer y escribir), teniendo estudios universitarios sólo el 8% de la muestra estudiada.

Del total de pacientes estudiados, más de la mitad (54%) manifestaban tener ingresos escasos o muy escasos. Con respecto a su vivienda, la existencia de calefacción estaba presente en un 23,9%, sin embargo, un 22,1% de los pacientes manifestaban que pasaban frío habitualmente.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la muestra . Distribución porcentual

Características	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
55-64	92	43,2
65-74	85	39,9
≥ 75	36	16,9
Sexo		
Varones	149	70,0
Mujeres	64	30,0
Estudios		
Analfabetos	31	14,6
Solo leer y escr.	47	22,1
E. Primarios	87	40,8
Bachillerato	30	14,1
Universitarios	17	8,0
Actividad Laboral		
Activos	28	13,1
No activos	182	85,4
Ns/Nc	3	1,4
Nivel de Ingresos		
Suficientes	43	20,2
Justos	54	25,4
Escasos	115	54,0
Ns/Nc	1	0,5
Estado Civil		
Solteros	17	8,0
Casados	143	67,1
Separados/Divorciados	15	7,0
Viudos	38	17,8
Vivienda		
Con calefacción	51	23,9
Sin calefacción	162	76,1
Pasan frío	47	22,1
No pasan frío	166	77,9

1.2. CLÍNICAS:

Si clasificamos a los pacientes según el tipo de diabetes mellitus que padecían, la mayoría de los mismos eran de tipo 2, correspondiendo a un total de 180 pacientes (67,1%).

Con respecto a la asignación de los pacientes a los diversos grupos de lesiones del pie diabético, según la escala de Wagner, nos encontramos que el 39,4% de ellos se encuadraban en el nivel 0 de la escala. Un total del 27,7%, presentaban lesiones en los pies que se clasificaban entre 1 y 3. El 32% de los pacientes presentaban gangrena en mayor o menor extensión y por tanto se clasificaban en los niveles 4 ó 5 de la escala.

Con respecto al tiempo de evolución de la diabetes y teniendo en cuenta que se seleccionaron los pacientes de más de 10 años de evolución, el mayor porcentaje de los mismos padecían la diabetes entre 10 y 19 años con anterioridad al estudio, como queda reflejado en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual de variables clínicas

Características	Frecuencia	Porcentaje
Tipo		
Tipo 1	33	32,9
Tipo 2	180	67,1
Escala Wagner		
0	84	39,4
1	20	9,4
2	22	10,3
3	17	8,0
4	48	22,5
5	22	10,3
Tiempo de evolución		
10-19 años	86	40,4
20-29 años	31	14,6
≥ 30 años	38	17,8
Desconocido	58	27,2

1.3 . APOYO SOCIAL

Como se ha descrito en el apartado de Material y Métodos, la medición del Apoyo Social ha corrido a cargo de varios cuestionarios. Del análisis de los resultados de los cuestionarios de Apoyo Social de *Duke*, se debe de resaltar que la mayoría de los pacientes (85,9%), reflejaban percibir un buen apoyo de tipo confidencial, en similar proporción (83,1%) se manifestaron con respecto al apoyo afectivo. Mientras que, en lo que se refiere al apoyo total percibido, sólo el 19,7% de los pacientes mostraron un nivel bajo.

Los resultados del Apoyo Social de tipo Familiar medidos a través del *Apgar* Familiar, resaltan que un 73,7% de los pacientes tenían un nivel funcional de apoyo familiar, pero que el 26,1% entraban dentro de los grupos con disfunciones familiares (leves y graves), llegando a ser una disfunción grave el 9,4% del total de pacientes, como se refleja en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución porcentual del Apoyo Social (ASD Duke y Apgar Familiar) en la muestra.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Confidencial		
Bueno	183	85,9
Bajo	30	14,1
Apoyo Social Afectivo		
Bueno	177	83,1
Bajo	36	16,9
Apoyo Social total de Duke		
Bueno	171	80,3
Bajo	42	19,7
Apgar Familiar		
Funcional	157	73,7
Disfunción Leve	36	16,9
Disfunción Grave	20	9,4

Con respecto a los otros componentes del Apoyo Social estudiado: las Relaciones Sociales y la Red Social, el 85,4% vive acompañado y sólo el 13,1% de los pacientes, entabla contacto esporádicamente con otros familiares distintos a los que convive, siendo un contacto diario en un 62%.

También el contacto diario o casi a diario con los amigos es mayoritario con un 82,2%. Y únicamente el 9,9% está más de 12h solo en su casa.

Con respecto a las variables estudiadas dentro de la red social de apoyo, un 35,7% no tiene a nadie en quien confiar sus preocupaciones y sentimientos. Y en los casos en los que sí se tiene, es el cónyuge la persona que presta más apoyo con un 46%.

La presencia de una persona que ayude al paciente en sus cuidados se refleja en el 87,5% de ellos, siendo de nuevo el cónyuge con un 54,5% el mejor prestador de cuidados, seguido de los hijos con un 24,4%, como queda reflejado en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual del Apoyo Social (Relaciones Sociales y Red Social)

Características	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones Sociales		
Convivencia		
Acompañado	182	85,4
Solo	31	14,6
Frecuencia contacto con familiares		
Diariamente	132	62,0
Casi diariamente	52	24,4
Esporádicamente	58	13,1
Frecuencia contacto con amigos		
Diariamente	115	54,0
Casi diariamente	60	28,2
Esporádicamente	38	17,8
Tiempo de soledad en casa		
Menos de 2 h.	144	67,6
Entre 2 h y 12 h.	48	22,5
Más de 12 h	21	9,9
Red Social		
Confidente	137	64,3
Sí	76	35,7
No		
Relaciones con el confidente		
Cónyuge	98	46,0
Hijos/as	26	12,2
Otras personas	13	6,1
No procede	76	35,7
Presencia de Cuidador		
Sí	187	87,5
No	25	11,7
Relaciones con el cuidador		
Cónyuge	116	54,5
Hijos/as	52	24,4
Otras personas	19	8,9
No procede	26	12,2

1.4. CALIDAD DE VIDA

Los resultados globales del cuestionario SF-36 sobre Calidad de Vida, vienen reflejados en las tablas 5 y 6, en las que se especifican las medidas de los diferentes componentes físicos y emocionales del mismo.

En cuanto a los componentes físicos, las puntuaciones mas altas fueron en Dolor Corporal (media=60, DT= 34,9) y Salud General (media=54,5, DT=28,3), mientras la puntuación media más baja, correspondió al Rol Físico (media=43,7 , DT= 47,5).

Con respecto a los componentes emocionales, el Rol Emocional (media=63,4, DT=44,4) y la Función Social (61,4, DT=33,9) fueron los componentes con mejores resultados, quedando muy parejo a ellos el componente con peor resultado, la Vitalidad (media=57,0, DT=31,9).

Es necesario resaltar que las dimensiones de Rol Físico y Rol Emocional han presentado una gran variabilidad en sus puntuaciones (DT=47,5 y 44,4 respectivamente).

En las dimensiones globales, se obtuvieron medias inferiores pero con desviaciones mucho más pequeñas, así la media del Componente Físico Global fue de 39,1 y su desviación fue de 13,5 , mientras que el Componente Mental Global tuvo una media de 43,9 y una desviación de 14,0 , claramente inferior a las desviaciones de los componentes.

Tabla 5. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones físicas de la muestra estudiada

N= 213	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	C. FÍSICA GLOBAL
Media	50,6	43,7	60	54,5	39,1
Mediana	50	0	62	60	38
Desviación típ.	36,6	47,5	34,9	28,3	13,5
Rango	0-100	0-100	0-100	0-100	10,3-67,6
% Puntuación máxima	16	38,5	31,5	0,5	0,5
% puntuación mínima	12,2	51,6	8	5,2	0,5
Percentil 25	15	0	31	32,5	27,9
Percentil 50	50	0	62	60	37,9
Percentil 75	90	100	100	78,5	51,4

Tabla 6. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones emocionales de la muestra estudiada.

N= 213	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL	C. MENTAL GLOBAL
Media	57,0	61,4	63,4	59,8	43,9
Mediana	60	62,5	100	64	47,6
Desviación típ.	31,9	33,9	44,4	25,4	14,0
Rango	0-100	0-100	0-100	0-100	11,2-66
% Puntuación máxima	15	29,6	54,9	4,7	0,5
% puntuación mínima	4,2	6,1	29,1	0,9	0,5
Percentil 25	60	37,5	0	40	32,5
Percentil 50	60	62,5	100	64	47,6
Percentil 75	85	100	100	80	55,4

Los resultados de las diferentes dimensiones de la calidad de vida han sido divididos en función del sexo, como se reflejan en las tablas 7, 8, 9 y 10.

En cuanto a los componentes físicos del cuestionario, las mujeres mostraron mejores puntuaciones en Salud General (media=56,6; DT=30,6) y Rol Físico (media=48,4; DT=48,4). Mientras que los hombres obtuvieron una ligera mejor puntuación en Dolor Corporal (media=60,3; DT=34,6).

Las dimensiones emocionales mostraron por el contrario mejores puntuaciones en varones, resultando el Rol Emocional (media=65,1; DT=44,2) la dimensión más diferenciada. En las mujeres por el contrario destacaron las puntuaciones de Función Social (media=67,6; DT=30,2).

De nuevo fueron las dimensiones Rol Físico y Rol Emocional las que se diferenciaron del resto en cuanto a su variabilidad, mostrando desviaciones entre 47,2 y 48,5.

En el Componente Físico Global las puntuaciones más altas fueron en las mujeres (media=40,9; DT=13,7), mientras que los hombres puntuaron más alto en el Componente Mental Global (media=44,6; DT=13,9).

Tabla 7. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones físicas de la muestra estudiada en Varones.

N= 149	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	C. FÍSICA GLOBAL
Media	50,3	41,6	60,3	53,7	38,3
Mediana	50,0	,0	62,0	60,0	36,6
Desviación típ.	37,4	47,2	34,6	27,3	13,4
Rango	0-100	0-100	0-100	0-100	10,3-66,1
% Puntuación máxima	16,8	36,2	31,5	0,7	0,5
% puntuación mínima	15,4	53,7	7,4	4,7	0,5
Percentil 25	12,5	0	31	32,5	27,7
Percentil 50	50	0	62	60	36,6
Percentil 75	90	100	100	77	50,0

Tabla 8. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones emocionales de la muestra estudiada Varones.

N= 149	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL	C. MENTAL GLOBAL
Media	57,8	58,7	65,1	61,9	44,6
Mediana	60,0	62,5	100,0	64,0	48,1
Desviación típ.	31,1	35,2	44,2	23,9	13,9
Rango	0-100	0-100	0-100	0-100	13,5-66
% Puntuación máxima	14,8	29,5	58,2	4,7	0,5
% puntuación mínima	2,7	8,1	57,0	1,3	0,5
Percentil 25	30	25	0	44	34,7
Percentil 50	60	62,5	100	64	48,1
Percentil 75	87,5	100	100	80	55,8

Tabla 9. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones físicas de la muestra estudiada en Mujeres.

N= 64	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	C. FÍSICA GLOBAL
Media	51,5	48,4	59,3	56,6	40,9
Mediana	52,5	37,5	61,5	62,0	42,8
Desviación típ.	34,9	48,4	35,8	30,6	13,7
Rango	0-100	0-100	0-100	0-97	18-67,6
% Puntuación máxima	14,1	43,8	31,3	1,6	0,5
% puntuación mínima	4,7	46,9	9,4	6,3	0,5
Percentil 25	15	0	24,2	31,2	29,0
Percentil 50	52,5	37,5	61,5	60	42,8
Percentil 75	85	100	100	86,5	51,9

Tabla 10. Características de la Calidad de Vida en sus dimensiones emocionales de la muestra estudiada en Mujeres.

N= 64	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL	C. MENTAL GLOBAL
Media	55,2	67,6	59,4	60,0	42,0
Mediana	60,0	75,0	83,3	28,2	45,9
Desviación típ.	34,0	30,2	45,0	100,0	14,3
Rango	0-100	0-100	0-100	4-100	11,2-63,1
% Puntuación máxima	15,6	29,7	50,0	4,7	0,5
% puntuación mínima	7,8	1,6	31,3	1,6	0,5
Percentil 25	20	40,6	0	36	29,2
Percentil 50	60	75	83,3	60	45,9
Percentil 75	80	100	100	80	53,2

2. COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON LOS VALORES POBLACIONALES

2.1 DESCRIPCIÓN

Las tablas 11 y 12 muestran los valores de las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida, en hombres y mujeres respectivamente. Dentro de cada tabla se han agrupado los valores por grupos de edad. Se muestran los principales estadísticos descriptivos: media, desviación típica, y cuartiles; al mismo tiempo y en columnas contiguas, se reflejan para idénticos grupos de edad y sexo, los valores de todas las dimensiones de la Calidad de Vida en la población española.

En una primera aproximación, se aprecia que en los varones, todas las dimensiones muestran valores inferiores a la población española, profundizando en sus diferencias conforme se avanza en la edad. No sucede lo mismo con las mujeres, pues aunque reflejan peores puntuaciones que la población en cinco dimensiones, hay dos de ellas que muestran mejores resultados en cualquier grupo de edad: Salud General y Vitalidad. Incluso en Dolor Corporal, sólo se manifiestan peores puntuaciones en las de 75 años o más, mejorando las puntuaciones poblacionales en la franja de edad de 55 a 64 años.

Tabla 11. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad= 55-64 n de P.D.= 56	Media	61,7	81,7	51,4	79,4	67,6	77,6	55,0	63,2	63,2	65,8	64,9	88,9	70,8	91,4	62,7	75,4
	DE	36,9	23,5	48,9	38,4	33,3	30,2	29,9	23,7	32,9	24,7	35,4	21,0	42,3	27,1	24,1	20,3
	P25	30	75	0	94,6	41	61	32,5	50	30	50	37,5	87,5	33,3	100	48	64
	P50	75	90	75	100	72	100	60	67	70	70	75,0	100	100	100	68	80
	P75	100	100	100	100	100	100	82	82	100	85	100	100	100	100	82	92
Edad= 65-74 n de P.D.= 41	Media	43,8	68,9	37,5	75,5	56,1	76,7	54,7	57,5	55,7	61,3	52,7	86,2	64,9	87,0	63,6	75,3
	DE	36,5	27,6	46,0	40,0	35,1	28,4	25,2	22,7	29,4	23,0	36,7	22,5	45,6	32,2	23,2	21,1
	P25	5	50	0	75	22	61	35	40	31,3	45	12,5	75	0	100	48	64
	P50	35	80	0	100	61	100	62	60	55	65	56,3	100	100	100	64	80
	P75	80	90	100	100	100	100	77	77	80	80	87,5	100	100	100	80	92
Edad ≥ 75 n de P.D.= 52	Media	26,8	60,0	17,5	75,7	45,4	76,2	46,1	51,0	44,0	57,3	53,1	81,3	45,0	88,0	54,4	70,3
	DE	25,3	28,4	33,5	41,0	32,7	28,8	22,6	23,5	24,7	24,7	26,9	28,8	43,6	31,6	24,6	22,2
	P25	5	40	0	75	20,5	52	30	35	21,3	40	40,6	75	0	100	36	56
	P50	22,5	65	0	100	46,5	84	42,5	47	40	60	50	100	33,3	100	46	72
	P75	38,8	85	37,5	100	69,5	100	68,8	72	68,8	75	62,5	100	100	100	75	88

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 12. Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 28	Media	59,7	73,0	68,4	74,9	74,1	66,7	53,1	58,8	53,2	58,8	66,4	86,1	61,4	80,3	52,0	65,1
	DE	37,3	25,0	47,8	40,3	31,5	30,8	32,5	22,0	38,2	23,1	34,1	23,1	46,2	37,8	29,1	21,9
	P25	25,0	55	0,0	50	51,0	42	25,0	44	10,0	45	37,5	75	0,0	100	20,0	52
	P50	70,0	80	100,0	100	84,0	72	55,0	62	70,0	60	75,0	100	100,0	100	64,0	68
	P75	100,0	95	100,0	100	100,0	100	92,0	75	95,0	80	100,0	100	100,0	100	76,0	84
Edad= 65-74 n de P.D.= 18	Media	52,2	61,3	42,2	63,2	57,3	59,0	59,3	48,6	57,2	53,1	71,6	79,1	65,5	73,2	59,0	63,5
	DE	33,2	27,3	46,3	45,0	33,0	31,7	27,1	22,9	32,6	22,8	26,1	26,6	45,0	42,4	25,3	21,7
	P25	15,0	40	0,0	0	36,5	41	45,0	30	27,5	40	50,0	62	0,0	33	40,0	48
	P50	55,0	65	25,0	100	52,0	61	65,0	45	60,0	50	75,0	92	100,0	100	64,0	68
	P75	82,5	85	100,0	100	92,0	100	83,5	67	85,0	70	100,0	100	100,0	100	82,0	80
Edad ≥ 75 n de P.D.= 18	Media	40,3	45,2	35,9	55,8	45,1	60,1	55,7	49,7	53,8	50	61,7	76,3	45,8	75,6	50,0	66,8
	DE	34,2	28,6	48,3	47,3	40,6	33,6	35,4	23,8	32,9	24,3	33,1	28,4	43,7	42,2	32,4	21,8
	P25	15,0	20	0,0	0	13,0	31	14,0	30	22,5	30	28,1	62	0,0	66	20,0	52
	P50	20,0	50	0,0	94	22,0	62	70,0	47	50,0	50	68,8	87	33,3	100	38,0	68
	P75	80,0	65	100,0	100	100,0	100	87,0	70	80,0	70	96,9	100	100,0	100	82,0	84

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Ahora bien, si introducimos los diferentes grados de lesiones del Pie Diabético y al mismo tiempo clasificamos por sexo y grupos de edad, se obtienen resultados mucho más cercanos a la realidad de la situación de cada grupo de pacientes.

En las tablas 13 y 14 se exponen los resultados según los criterios antes citados, respecto a los pacientes con puntuaciones en la escala Wagner iguales a 0.

De dichas tablas se puede resaltar, que los varones obtienen puntuaciones similares a los valores poblacionales en casi todas las dimensiones, pero que en el grupo ≥ 75 años esta similitud se pierde, en el sentido de mostrar puntuaciones menores a las poblacionales.

En cuanto a las mujeres, la primera aproximación, nos muestra que obtienen en todas las dimensiones mejores puntuaciones que los valores de la población española. Sólo en las de edades comprendidas entre 55-64 años, hay algunas cifras de similar cuantía.

Tabla 13. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner 0 con los valores poblacionales

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 39	Media	80,3	81,7	78,8	79,4	78,5	77,6	65,0	63,2	75,0	65,8	83,0	88,9	77,8	91,4	68,2	75,4
	DE	29,6	23,5	39,5	38,4	30,1	30,2	26,2	23,7	30,1	24,7	27,6	21,0	37,7	27,1	21,9	20,3
	P25	60,0	75	75,0	94,6	61,0	61	45,0	50	60,0	50	75,0	87,5	66,7	100	52,0	64
	P50	100,0	90	100,0	100	100,0	100	75,0	67	80,0	70	100,0	100	100,0	100	68,0	80
	P75	100,0	100	100,0	100	100,0	100	82,0	82	100,0	85	100,0	100	100,0	100	84,0	92
Edad= 65-74 n de P.D.= 15	Media	78,0	68,9	76,7	75,5	75,5	76,7	63,1	57,5	68,7	61,3	82,5	86,2	91,1	87,0	70,4	75,3
	DE	29,3	27,6	40,6	40,0	30,5	28,4	25,0	22,7	31,6	23,0	31,6	22,5	26,6	32,2	24,5	21,1
	P25	75,0	50	75,0	75	61,0	61	45,0	40	35,0	45	75,0	75	100,0	100	56,0	64
	P50	90,0	80	100,0	100	84,0	100	65,0	60	80,0	65	100,0	100	100,0	100	72,0	80
	P75	100,0	90	100,0	100	100,0	100	80,0	77	95,0	80	100,0	100	100,0	100	88,0	92
Edad ≥ 75 n de P.D.= 2	Media	62,5	60,0	75,0	75,7	46,5	76,2	35,0	51,0	30,0	57,3	81,3	81,3	50,0	88,0	48,0	70,3
	DE	38,9	28,4	35,4	41,0	6,4	28,8	7,1	23,5	7,1	24,7	26,5	28,8	23,6	31,6	11,3	22,2
	P25	35,0	40	50,0	75	42,0	52	30,0	35	25,0	40	62,5	75	33,3	100	40,0	56
	P50	62,5	65	75,0	100	46,5	84	35,0	47	30,0	60	81,3	100	50,0	100	48,0	72
	P75	,	85	,	100	,	100	,	72	,	75	,	100	,	100	,	88

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 14. Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner 0 con los valores poblacionales

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 12	Media	78,3	73,0	83,3	74,9	76,8	66,7	57,1	58,8	67,9	58,8	79,2	86,1	72,2	80,3	57,7	65,1
	DE	30,8	25,0	38,9	40,3	37,1	30,8	35,5	22,0	34,5	23,1	31,7	23,1	39,8	37,8	21,2	21,9
	P25	63,8	55	100,0	50	52,5	42	21,3	44	37,5	45	65,6	75	41,7	100	41,0	52
	P50	92,5	80	100,0	100	100,0	72	61,0	62	70,0	60	93,8	100	100,0	100	66,0	68
	P75	100,0	95	100,0	100	100,0	100	92,0	75	100,0	80	100,0	100	100,0	100	72,0	84
Edad= 65-74 n de P.D.= 11	Media	76,4	61,3	84,1	63,2	77,9	59,0	76,1	48,6	76,8	53,1	92,0	79,1	97,0	73,2	78,5	63,5
	DE	29,1	27,3	32,2	45,0	37,6	31,7	16,7	22,9	28,2	22,8	16,1	26,6	10,1	42,4	15,1	21,7
	P25	65,0	40	75,0	0	61,0	41	65,0	30	60,0	40	87,5	62	100,0	33	64,0	48
	P50	90,0	65	100,0	100	100,0	61	82,0	45	90,0	50	100,0	92	100,0	100	76,0	68
	P75	100,0	85	100,0	100	100,0	100	92,0	67	100,0	70	100,0	100	100,0	100	88,0	80
Edad ≥ 75 n de P.D.= 5	Media	77,0	45,2	100,0	55,8	92,2	60,1	83,2	49,7	89,0	50	97,5	76,3	80,0	75,6	88,0	66,8
	DE	34,9	28,6	0,0	47,3	17,4	33,6	10,1	23,8	10,2	24,3	5,6	28,4	44,7	42,2	14,7	21,8
	P25	50,0	20	100,0	0	80,5	31	72,5	30	80,0	30	93,8	62	50,0	66	74,0	52
	P50	95,0	50	100,0	94	100,0	62	87,0	47	85,0	50	100,0	87	100,0	100	96,0	68
	P75	95,0	65	100,0	100	100,0	100	92,0	70	100,0	70	100,0	100	100,0	100	98,0	84

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Los resultados de los pacientes con lesiones clasificadas en la escala Wagner de 1 a 3, quedan reflejadas en las tablas 15 y 16.

De un modo descriptivo, se puede apreciar cómo en los varones las puntuaciones en la dimensiones de la Calidad de Vida son inferiores a las de la población española, mostrando su máxima diferencia en Función Física y Rol Físico en mayores de 75 años. Sin embargo la dimensión Vitalidad muestra valores similares o superiores a las cifras poblaciones.

Con respecto a las mujeres, aunque se produce un descenso casi generalizado en cuanto a los valores de comparación, la dimensión de Salud General refleja cifras superiores, mostrando la máxima diferencia favorable en las mayores de 75 años.

Tabla 15. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner de 1 a 3 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 13	Media	45,8	81,7	26,9	79,4	59,8	77,6	49,1	63,2	66,9	65,8	51,9	88,9	82,1	91,4	59,1	75,4
	DE	29,3	23,5	43,9	38,4	27,6	30,2	31,8	23,7	27,9	24,7	33,0	21,0	37,6	27,1	19,3	20,3
	P25	22,5	75	0,0	94,6	41,0	61	25,0	50	55,0	50	25,0	87,5	83,3	100	50,0	64
	P50	50,0	90	0,0	100	51,0	100	45,0	67	70,0	70	50,0	100	100,0	100	56,0	80
	P75	70,0	100	75,0	100	92,0	100	78,5	82	95,0	85	81,3	100	100,0	100	74,0	92
Edad= 65-74 n de P.D.= 17	Media	43,2	68,9	36,8	75,5	63,2	76,7	54,5	57,5	57,6	61,3	59,6	86,2	68,6	87,0	66,8	75,3
	DE	26,5	27,6	43,4	40,0	33,3	28,4	22,1	22,7	18,7	23,0	27,1	22,5	46,4	32,2	15,3	21,1
	P25	22,5	50	0,0	75	22,0	61	42,0	40	40,0	45	43,8	75	0,0	100	58,0	64
	P50	35,0	80	0,0	100	62,0	100	60,0	60	55,0	65	62,5	100	100,0	100	64,0	80
	P75	65,0	90	87,5	100	100,0	100	71,0	77	75,0	80	75,0	100	100,0	100	80,0	92
Edad ≥ 75 n de P.D.= 11	Media	29,5	60,0	18,2	75,7	46,7	76,2	51,0	51,0	55,5	57,3	53,4	81,3	54,5	88,0	62,5	70,3
	DE	22,9	28,4	33,7	41,0	34,5	28,8	22,8	23,5	26,8	24,7	30,7	28,8	52,2	31,6	28,4	22,2
	P25	15,0	40	0,0	75	10,0	52	35,0	35	35,0	40	25,0	75	0,0	100	36,0	56
	P50	25,0	65	0,0	100	61,0	84	45,0	47	65,0	60	62,5	100	100,0	100	56,0	72
	P75	50,0	85	50,0	100	72,0	100	72,0	72	80,0	75	75,0	100	100,0	100	96,0	88

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 16. Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner de 1 a 3 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 5	Media	28,0	73,0	40,0	74,9	76,6	66,7	50,8	58,8	36,0	58,8	57,5	86,1	60,0	80,3	53,6	65,1
	DE	26,1	25,0	54,8	40,3	17,8	30,8	29,6	22,0	35,1	23,1	20,9	23,1	54,8	37,8	41,7	21,9
	P25	7,5	55	0,0	50	62,5	42	27,5	44	0,0	45	37,5	75	0,0	100	8,0	52
	P50	25,0	80	0,0	100	74,0	72	35,0	62	40,0	60	62,5	100	100,0	100	80,0	68
	P75	50,0	95	100,0	100	92,0	100	82,0	75	70,0	80	75,0	100	100,0	100	86,0	84
Edad= 65-74 n de P.D.= 10	Media	36,0	61,3	12,5	63,2	55,5	59,0	54,1	48,6	49,5	53,1	65,0	79,1	36,7	73,2	57,2	63,5
	DE	26,2	27,3	31,7	45,0	23,1	31,7	28,0	22,9	26,1	22,8	19,4	26,6	45,7	42,4	23,9	21,7
	P25	13,8	40	0,0	0	48,5	41	34,5	30	20,0	40	46,9	62	0,0	33	39,0	48
	P50	37,5	65	0,0	100	58,0	61	53,5	45	52,5	50	75,0	92	16,7	100	54,0	68
	P75	55,0	85	6,3	100	74,0	100	75,8	67	72,5	70	78,1	100	100,0	100	81,0	80
Edad ≥ 75 n de P.D.= 3	Media	46,7	45,2	25,0	55,8	51,0	60,1	75,3	49,7	48,3	50	50,0	76,3	44,4	75,6	44,0	66,8
	DE	16,1	28,6	43,3	47,3	42,7	33,6	12,6	23,8	30,1	24,3	25,0	28,4	50,9	42,2	28,8	21,8
	P25	35,0	20	0,0	0	22,0	31	62,0	30	20,0	30	25,0	62	0,0	66	20,0	52
	P50	40,0	50	0,0	94	31,0	62	77,0	47	45,0	50	50,0	87	33,3	100	36,0	68
	P75	,	65	,	100	,	100	,	70	,	70	,	100	,	100	,	84

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988).

Para finalizar con esta aproximación a las comparaciones con los valores de la población española, en las tablas 17 y 18 se reflejan los resultados obtenidos por los pacientes que puntúan 4 ó 5 en la escala Wagner.

En esta agrupación tanto los hombres como las mujeres, reflejan una caída en sus puntuaciones en comparación con los valores de referencia, siendo máximas en Rol Físico y Función Física. Además, todos los componentes físicos del cuestionario muestran puntuaciones muy inferiores a las referencias, conforme más avanzada es la edad de los pacientes. No sucede lo mismo en las dimensiones emocionales, donde el descenso es más contenido.

Tabla 17. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner 4-5 con los valores poblacionales

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 21	Media	37,1	81,7	15,5	79,4	52,3	77,6	40,0	63,2	39,0	65,8	39,3	88,9	50,8	91,4	54,7	75,4
	DE	35,6	23,5	35,8	38,4	36,0	30,2	29,3	23,7	28,7	24,7	31,2	21,0	47,9	27,1	28,8	20,3
	P25	2,5	75	0,0	94,6	16,0	61	17,5	50	12,5	50	12,5	87,5	0,0	100	36,0	64
	P50	25,0	90	0,0	100	51,0	100	35,0	67	35,0	70	37,5	100	66,7	100	56,0	80
	P75	80,0	100	0,0	100	92,0	100	71,0	82	62,5	85	62,5	100	100,0	100	82,0	92
Edad= 65-74 n de P.D.= 24	Media	22,7	68,9	13,5	75,5	38,9	76,7	49,7	57,5	46,3	61,3	29,2	86,2	45,8	87,0	57,2	75,3
	DE	30,8	27,6	33,8	40,0	32,0	28,4	26,9	22,7	31,7	23,0	30,1	22,5	46,9	32,2	26,0	21,1
	P25	0,0	50	0,0	75	12,0	61	25,0	40	20,0	45	3,1	75	0,0	100	40,0	64
	P50	5,0	80	0,0	100	31,0	100	55,0	60	37,5	65	18,8	100	33,3	100	64,0	80
	P75	47,5	90	0,0	100	61,8	100	75,3	77	83,8	80	56,3	100	100,0	100	76,0	92
Edad ≥ 75 n de P.D.= 7	Media	12,1	60,0	0,0	75,7	42,9	76,2	41,4	51,0	30,0	57,3	44,6	81,3	28,6	88,0	43,4	70,3
	DE	14,4	28,4	0,0	41,0	37,1	28,8	25,1	23,5	14,1	24,7	15,9	28,8	30,0	31,6	16,6	22,2
	P25	0,0	40	0,0	75	20,0	52	15,0	35	20,0	40	37,5	75	0,0	100	32,0	56
	P50	5,0	65	0,0	100	22,0	84	50,0	47	30,0	60	50,0	100	33,3	100	44,0	72
	P75	20,0	85	0,0	100	84,0	100	65,0	72	40,0	75	50,0	100	66,7	100	52,0	88

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 18. Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner 4 y 5 con los valores poblacionales

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func.Social		Rol E.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 2	Media	27,5	73,0	50,0	74,9	51,5	66,7	35,0	58,8	7,5	58,8	12,5	86,1	0,0	80,3	14,0	65,1
	DE	24,7	25,0	70,7	40,3	14,8	30,8	28,3	22,0	3,5	23,1	0,0	23,1	0,0	37,8	8,5	21,9
	P25	10,0	55	0,0	50	41,0	42	15,0	44	5,0	45	12,5	75	0,0	100	8,0	52
	P50	27,5	80	50,0	100	51,5	72	35,0	62	7,5	60	12,5	100	0,0	100	14,0	68
	P75		95		100		100		75		80	12,5	100	0,0	100		84
Edad= 65-74 n de P.D.= 8	Media	39,4	61,3	21,9	63,2	31,3	59,0	42,8	48,6	40,0	53,1	51,6	79,1	58,3	73,2	34,5	63,5
	DE	28,7	27,3	36,4	45,0	14,4	31,7	27,2	22,9	34,9	22,8	26,3	26,6	49,6	42,4	14,3	21,7
	P25	10,0	40	0,0	0	24,5	41	15,3	30	2,5	40	28,1	62	0,0	33	26,0	48
	P50	52,5	65	0,0	100	36,5	61	52,5	45	42,5	50	43,8	92	83,3	100	42,0	68
	P75	55,0	85	43,8	100	41,0	100	67,5	67	73,8	70	71,9	100	100,0	100	44,0	80
Edad ≥ 75 n de P.D.= 8	Media	15,0	45,2	0,0	55,8	13,5	60,1	31,1	49,7	33,8	50	43,8	76,3	25,0	75,6	28,5	66,8
	DE	4,6	28,6	0,0	47,3	9,8	33,6	34,5	23,8	25,5	24,3	28,3	28,4	29,5	42,2	17,8	21,8
	P25	10,0	20	0,0	0	2,5	31	1,3	30	15,0	30	12,5	62	0,0	66	11,0	52
	P50	15,0	50	0,0	94	16,0	62	16,0	47	30,0	50	50,0	87	16,7	100	28,0	68
	P75	20,0	65	0,0	100	22,0	100	66,3	70	50,0	70	71,9	100	58,3	100	39,0	84

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

2.2. COMPROBACIÓN DE LA NORMALIDAD.

Vista la amplitud de las desviaciones típicas de varias de las dimensiones de la Calidad de Vida, se procedió a la comprobación de la normalidad de la distribución de los valores de cada dimensión, diferenciándolos por grupos en función de sexo, edad y Wagner.

La comprobación se efectuó con el test de Kolmogorov-Smirnov y también gráficamente, mediante histogramas en los grupos que no mostraban una distribución normal. Las cifras de significación quedan reflejadas en la tabla 19.

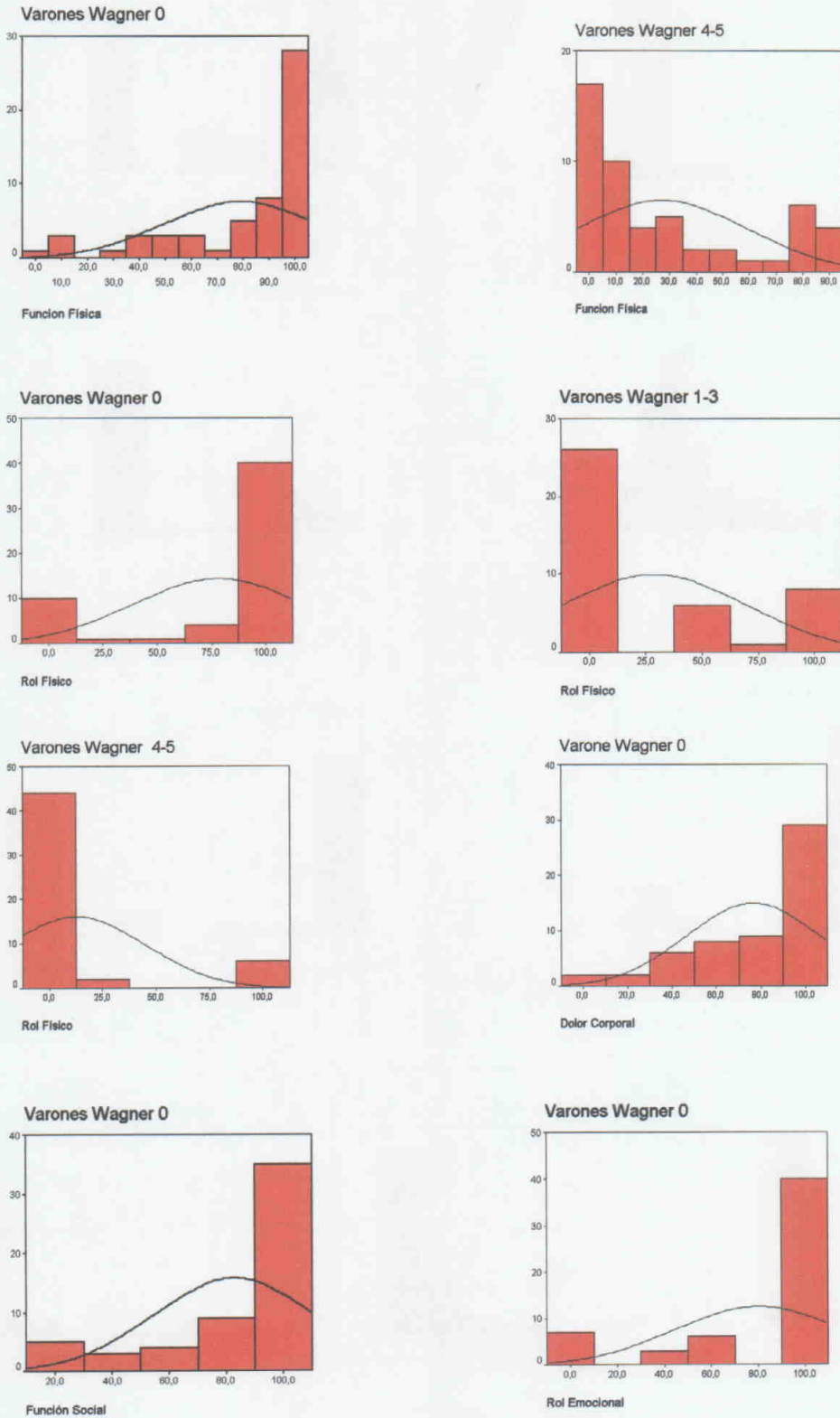
En ellas se aprecia que 43 de los 60 subgrupos, en los que se asignaron los pacientes al clasificarlos por sexo, grado de Wagner y grupos de edad, mostraban una distribución normal. Destacan, en sentido contrario, el Rol Físico tanto en hombres como en mujeres y el Rol Emocional en hombres; así como la Función Física en varones con Wagner 0 y 4-5. El Dolor Corporal y la Función Social tampoco mostraban normalidad en Wagner 0 en ambos sexos.

Tabla 19. Normalidad según Kolmogorov-Smirnov en función del Wagner y Sexo de los componentes de Calidad de Vida

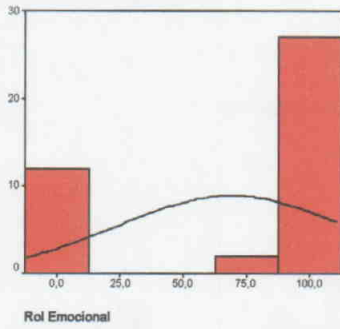
	Wagner	FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM	CFG	CMG
Varones	0	0,001	<0,001	<0,001	0,095	0,054	<0,001	<0,001	0,597	0,047	0,072
	1-3	0,638	<0,001	0,521	0,856	0,802	0,459	<0,001	0,801	0,968	0,364
	4-5	0,011	<0,001	0,185	0,467	0,189	0,110	<0,001	0,911	0,632	0,338
Mujeres	0	0,120	<0,001	0,001	0,315	0,221	0,003	<0,001	0,538	0,081	0,244
	1-3	0,904	0,002	0,490	0,743	0,493	0,161	0,141	0,340	0,987	0,698
	4-5	0,096	0,001	0,838	0,630	0,601	0,816	0,66	0,778	0,958	0,988

En sombreado las cifras que cumplen la Normalidad

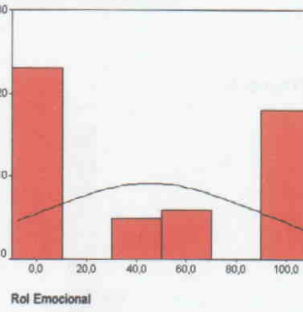
Gráfico 1. Comprobación de la ausencia de normalidad.



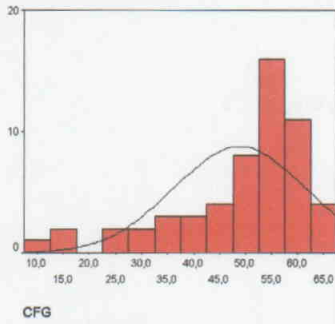
Varones Wagner 1-3



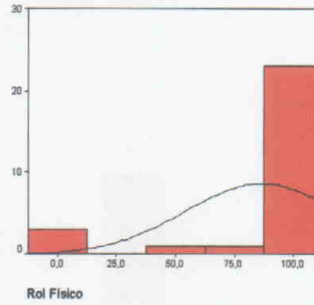
Varones Wagner 4-5



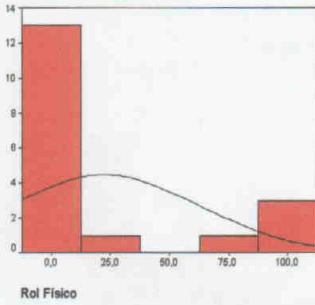
Varones Wagner 0



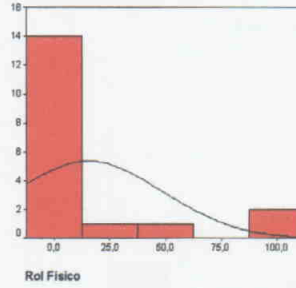
Mujeres Wagner 0



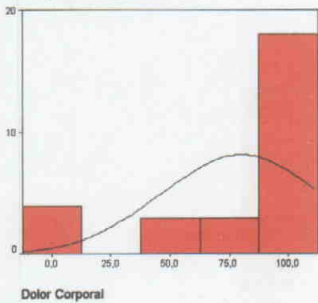
Mujeres Wagner 1-3



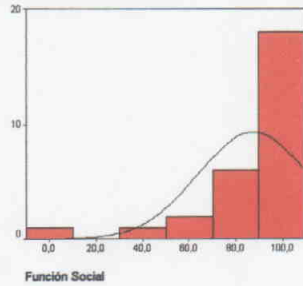
Mujeres Wagner 4-5



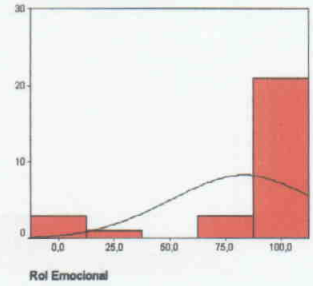
Mujeres Wagner 0



Mujeres Wagner 0



Mujeres Wagner 0



2.3. COMPARACIÓN CON LOS VALORES POBLACIONALES

Para las dimensiones que tenían una distribución normal, se utilizaron el test T de comparación de medias, mientras que para las no paramétricas, se decidió el uso de medidas basadas en percentiles para su comparación con los valores de la población española. Se fijó el percentil 25 de poblacional como punto de corte y se analizó mediante Chi Cuadrado.

La tabla 20 muestra los resultados de los pacientes varones con Wagner 0. Estos mostraron en casi todas las dimensiones, nulas diferencias significativas con respecto a la población general, salvo en el grupo de pacientes de edades comprendidas entre 55-64 años, en la dimensión de Salud General y los pacientes con ≥ 75 años en las dimensiones Dolor Corporal y Rol Emocional.

En las mujeres, ningún grupo mostró diferencias significativas desfavorables con respecto a sus valores poblacionales. Sin embargo, hay que mencionar que las pacientes ≥ 75 años, obtuvieron diferencias significativas positivas con respecto a los valores de referencia en Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad y Función Social. Así mismo, las mujeres con edades entre 65 y 74 años obtuvieron idénticos resultados en las tres últimas dimensiones citadas.

Tabla 20. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner 0 con los valores poblaciones

		F.Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		F.Social		Rol E.moc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 39	Media	80,3	81,7	78,8	79,4	78,5	77,6	65,0	63,2	75,0	65,8	83,0	88,9	77,8	91,4	68,2	75,4
	DE	29,6	23,5	39,5	38,4	30,1	30,2	26,2	23,7	30,1	24,7	27,6	21,0	37,7	27,1	21,9	20,3
	T/X ²	0,462*		1,038*		1,846*		0,429		1,911		0,462*		0,115*		-2,053	
	Signif.	0,497		0,308		0,174		0,670		0,064		0,497		0,734		0,047	
Edad= 65-74 n de P.D.= 15	Media	78,0	68,9	76,7	75,5	75,5	76,7	63,1	57,5	68,7	61,3	82,5	86,2	91,1	87,0	70,4	75,3
	DE	29,3	27,6	40,6	40,0	30,5	28,4	25,0	22,7	31,6	23,0	31,6	22,5	26,6	32,2	24,5	21,1
	T/X ²	1,200*		1,200*		1,200*		0,872		0,901		1,200*		2,700*		-0,776	
	Signif.	0,253		0,273		0,273		0,398		0,383		0,273		0,100		0,451	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 2	Media	62,5	60,0	75,0	75,7	46,5	76,2	35,0	51,0	30,0	57,3	81,3	81,3	50,0	88,0	48,0	70,3
	DE	38,9	28,4	35,4	41,0	6,4	28,8	7,1	23,5	7,1	24,7	26,5	28,8	23,6	31,6	11,3	22,2
	T/X ²	0,250*		0,250*		N.X.*		-3,200		-5,500		0,250*		N.X.*		-2,787	
	Signif.	0,617		0,617				0,193		0,114		0,617				0,219	

* Estadístico: Chi Cuadrado. N.X. No es posible el cálculo, pues todos los pacientes tuvieron puntuaciones más bajas del P 25 poblacional.

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 21 Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner 0 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func. ocial		Rol Emoc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 12	Media	78,3	73,0	83,3	74,9	76,8	66,7	57,1	58,8	67,9	58,8	79,2	86,1	72,2	80,3	57,7	65,1
	DE	30,8	25,0	38,9	40,3	37,1	30,8	35,5	22,0	34,5	23,1	31,7	23,1	39,8	37,8	21,2	21,9
	T/X ²	0,599		1,500*		1,500		-0,167		0,911		0,375*		0,375*		-1,215	
	Signif.	0,561		0,221		0,221		0,870		0,380		0,540		0,540		0,250	
Edad= 65-74 n de P.D.= 11	Media	76,4	61,3	84,1	63,2	77,9	59,0	76,1	48,6	76,8	53,1	92,0	79,1	97,0	73,2	78,5	63,5
	DE	29,1	27,3	32,2	45,0	37,6	31,7	16,7	22,9	28,2	22,8	16,1	26,6	10,1	42,4	15,1	21,7
	T/X ²	1,718		2,909*		1,136		5,448		2,788		N,W,*		2,909*		3,304	
	Signif.	0,117		0,088		0,286		<0,001		0,019				0,088		0,008	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 5	Media	77,0	45,2	100,0	55,8	92,2	60,1	83,2	49,7	89,0	50	97,5	76,3	80,0	75,6	88,0	66,8
	DE	34,9	28,6	0,0	47,3	17,4	33,6	10,1	23,8	10,2	24,3	5,6	28,4	44,7	42,2	14,7	21,8
	T/X ²	2,036		N.W.*		N.W.*		7,392		8,510		N.W.*		0,400*		3,225	
	Signif.	0,111						0,002		0,001				0,527		0,320	

N.W. No es posible el cálculo, pues todos los pacientes tuvieron puntuaciones más altas del P 25 poblacional.

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

La tabla 22 refleja las cifras de comparación para los pacientes varones con Wagner 1 al 3. Se aprecia que la mitad de las dimensiones estudiadas, presentan diferencias significativas a las poblacionales. No existe un aumento de estas diferencias conforme se avanza en la edad, más bien son determinadas dimensiones las que se afectan consistentemente en cualquier grupo de edad. Muestran esta tendencia la Función Física, Rol Físico y Función Social. Además el Dolor Corporal tiene diferencias significativas en los grupos de 55-64 años y en los pacientes \geq 75 años. La Salud Mental también es significativa en el primer y segundo grupo de edad.

Las cifras de significación en las mujeres, muestran que sólo una cuarta parte de las dimensiones tienen diferencias significativas con la población general. Además, al contrario que en los hombres, ninguna dimensión tiene diferencias significativas en todos los grupos de edad. En concordancia con los varones, las dimensiones más afectadas fueron Función Física y Función Social, pero estas significaciones desaparecen en las mayores de 75 años. En el grupo de edad intermedio, también son significativas las puntuaciones en Rol Físico y Rol Emocional. Todos estos datos quedan reflejados en la tabla 23.

Tabla 22. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner 1-3 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func. ocial		Rol Emoc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 13	Media	45,8	81,7	26,9	79,4	59,8	77,6	49,1	63,2	66,9	65,8	51,9	88,9	82,1	91,4	59,1	75,4
	DE	29,3	23,5	43,9	38,4	27,6	30,2	31,8	23,7	27,9	24,7	33,0	21,0	37,6	27,1	19,3	20,3
	T/X ²	-4,424		11,115*		-2,327		-1,603		0,145		-4,039		0,615*		-3,055	
	Signif.	0,001		0,001		0,038		0,135		0,887		0,002		0,433		0,010	
Edad= 65-74 n de P.D.= 17	Media	43,2	68,9	36,8	75,5	63,2	76,7	54,5	57,5	57,6	61,3	59,6	86,2	68,6	87,0	66,8	75,3
	DE	26,5	27,6	43,4	40,0	33,3	28,4	22,1	22,7	18,7	23,0	27,1	22,5	46,4	32,2	15,3	21,1
	T/X ²	-3,991		10,618*		-1,669		-0,566		-0,805		-4,057		0,290*		-2,277	
	Signif.	0,001		0,001		0,114		0,579		0,433		0,001		0,864		0,037	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 11	Media	29,5	60,0	18,2	75,7	46,7	76,2	51,0	51,0	55,5	57,3	53,4	81,3	54,5	88,0	62,5	70,3
	DE	22,9	28,4	33,7	41,0	34,5	28,8	22,8	23,5	26,8	24,7	30,7	28,8	52,2	31,6	28,4	22,2
	T/X ²	-4,420		16,409*		-2,834		<0,001		-0,229		-3,017		0,707*		-0,907	
	Signif.	0,001		<0,001		0,018		1,000		0,824		0,013		0,394		0,386	

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988)

Tabla 23. Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner 1-3 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func. ocial		Rol Emoc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 5	Media	28,0	73,0	40,0	74,9	76,6	66,7	50,8	58,8	36,0	58,8	57,5	86,1	60,0	80,3	53,6	65,1
	DE	26,1	25,0	54,8	40,3	17,8	30,8	29,6	22,0	35,1	23,1	20,9	23,1	54,8	37,8	41,7	21,9
	T/X ²	-3,852		1,600*		1,242		-0,605		-1,454		-3,057		-0,829		0,616	
	Signif.	0,018		0,206		0,282		0,578		0,220		0,038		0,454		0,571	
Edad= 65-74 n de P.D.= 10	Media	36,0	61,3	12,5	63,2	55,5	59,0	54,1	48,6	49,5	53,1	65,0	79,1	36,7	73,2	57,2	63,5
	DE	26,2	27,3	31,7	45,0	23,1	31,7	28,0	22,9	26,1	22,8	19,4	26,6	45,7	42,4	23,9	21,7
	T/X ²	-3,051		9,800*		-0,480		0,620		-0,436		-2,303		-2,529		-0,835	
	Signif.	0,014		0,002		0,643		0,551		0,673		0,047		0,032		0,425	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 3	Media	46,7	45,2	25,0	55,8	51,0	60,1	75,3	49,7	48,3	50	50,0	76,3	44,4	75,6	44,0	66,8
	DE	16,1	28,6	43,3	47,3	42,7	33,6	12,6	23,8	30,1	24,3	25,0	28,4	50,9	42,2	28,8	21,8
	T/X ²	0,158		1,500*		-0,369		3,528		-0,096		-1,822		-1,060		-1,369	
	Signif.	0,889		0,221		0,747		0,072		0,932		0,210		0,400		0,304	

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J.,1988).

Finalmente al comparar los pacientes con Wagner 4 ó 5 con los valores de referencia (tabla 24), se observa que en los hombres, todas las dimensiones salvo dos, muestran diferencias significativas. En concreto, solamente la dimensión Salud General en el segundo y tercer grupo de edad no muestra diferencia significativa.

Sin embargo en las mujeres, poco más de la mitad de las dimensiones tienen diferencias significativas (tabla 25). El grupo de edad más afectado es el de ≥ 75 años. En la dimensión de Salud General, no refleja diferencias con la población española en ningún grupo de edad. Función Física y Rol Físico no muestran diferencias significativas hasta llegar a los 75 años. El Dolor Corporal en las menores de 65 años tampoco tiene diferencias significativas. La dimensión de Vitalidad está libre de significación a partir de los 65 años. Y el Rol Emocional tampoco refleja diferencias significativas entre 65 y 74 años. Sólo Función Social y Salud Mental ofrecen diferencias significativas en todas las edades.

Tabla 24. Comparación de la Calidad de Vida de los varones con Pie Diabético y Wagner 4-5 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func. ocial		Rol Emoc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 21	Media	37,1	81,7	15,5	79,4	52,3	77,6	40,0	63,2	39,0	65,8	39,3	88,9	50,8	91,4	54,7	75,4
	DE	35,6	23,5	35,8	38,4	36,0	30,2	29,3	23,7	28,7	24,7	31,2	21,0	47,9	27,1	28,8	20,3
	T/X ²	10,500*		25,929*		-3,218		-3,625		-4,277		-7,435		5,357*		-3,302	
	Signif.	0,003		<0,001		0,004		0,002		<0,001		<0,001		0,021		0,004	
Edad= 65-74 n de P.D.= 24	Media	22,7	68,9	13,5	75,5	38,9	76,7	49,7	57,5	46,3	61,3	29,2	86,2	45,8	87,0	57,2	75,3
	DE	30,8	27,6	33,8	40,0	32,0	28,4	26,9	22,7	31,7	23,0	30,1	22,5	46,9	32,2	26,0	21,1
	T/X ²	18,750*		31,688*		-5,794		-1,427		-2,323		-9,284		9,188*		-3,415	
	Signif.	<0,001		<0,001		<0,001		0,167		0,029		<0,001		0,020		0,002	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 7	Media	12,1	60,0	0,0	75,7	42,9	76,2	41,4	51,0	30,0	57,3	44,6	81,3	28,6	88,0	43,4	70,3
	DE	14,4	28,4	0,0	41,0	37,1	28,8	25,1	23,5	14,1	24,7	15,9	28,8	30,0	31,6	16,6	22,2
	T/X ²	8,643*		N.X.*		-2,932		-1,088		-5,107		-6,098		N.X.*		-4,293	
	Signif.	0,003				0,026		0,352		0,002		0,001				0,005	

N.X. No es posible el cálculo, pues todos los pacientes tuvieron puntuaciones más bajas del P 25 poblacional.

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J, 1988)

Tabla 25 Comparación de la Calidad de Vida de las mujeres con Pie Diabético y Wagner 4-5 con los valores poblaciones

		Func. Física		Rol Físico		Dolor C.		Salud		Vitalidad		Func. ocial		Rol Emoc.		Salud	
		P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma	P.D.	Norma
Edad. 55-64 n de P.D.= 2	Media	27,5	73,0	50,0	74,9	51,5	66,7	35,0	58,8	7,5	58,8	12,5	86,1	0,0	80,3	14,0	65,1
	DE	24,7	25,0	70,7	40,3	14,8	30,8	28,3	22,0	3,5	23,1	0,0	23,1	0,0	37,8	8,5	21,9
	T/X ²	-2,600		0,250*		-1,448		-1,190		-20,560		N,X,*		N,X,*		-8,517	
	Signif.	0,234		0,617		0,385		0,445		0,031						0,074	
Edad= 65-74 n de P.D.= 8	Media	39,4	61,3	21,9	63,2	31,3	59,0	42,8	48,6	40,0	53,1	51,6	79,1	58,3	73,2	34,5	63,5
	DE	28,7	27,3	36,4	45,0	14,4	31,7	27,2	22,9	34,9	22,8	26,3	26,6	49,6	42,4	14,3	21,7
	T/X ²	-2,160		3,063*		-5,466		-0,609		-1,060		-2,967		-0,848		-5,723	
	Signif.	0,068		0,800		0,001		0,562		0,324		0,021		0,425		0,061	
Edad ≥ 75 n de P.D.= 8	Media	15,0	45,2	0,0	55,8	13,5	60,1	31,1	49,7	33,8	50	43,8	76,3	25,0	75,6	28,5	66,8
	DE	4,6	28,6	0,0	47,3	9,8	33,6	34,5	23,8	25,5	24,3	28,3	28,4	29,5	42,2	17,8	21,8
	T/X ²	-18,453		N.X.*		-13,393		-1,525		-1,805		-3,248		-4,844		-6,080	
	Signif.	<0,001				<0,001		0,171		0,114		0,014		0,002		0,001	

N.X. No es posible el cálculo, pues todos los pacientes tuvieron puntuaciones más bajas P 25 poblacional. N.Q.: No es posible el cálculo al ser la desviación igual a 0.

P.D.: Pie Diabético. Norma: Valores poblacionales (Alonso J, 1988)

3. COMPARACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EL NIVEL EN LA ESCALA WAGNER.

Una vez agrupados los pacientes por género y grupos de edad y tras comprobar la normalidad de cada uno de los subgrupos formados, se utilizó Anova para la comparación de la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los diferentes niveles en la escala Wagner del pie diabético. En los subgrupos que no fueron normales, se optó por la H de Kruskal Wallis.

Los resultados de las pruebas de normalidad, una vez que se agruparon las edades se exponen en la tabla 26. Los resultados de las pruebas de comparación reflejan significación estadística, en todas las dimensiones de la Calidad de Vida, ya sea si se analizan en hombres como en mujeres.

Las relaciones entre ambas variables, quedan ilustradas en los gráficos 2 y 3. En ellos se ha agrupado las edades de los pacientes y se muestran las medias de las puntuaciones en cada dimensión según el género.

Tabla 26. Normalidad, según Kolmogorov-Smirnov en función las dimensiones de la Calidad de Vida y Sexo

	Hombres	Mujeres
	Sig.	Sig.
Funcion Física	0,019	0,137
Rol Físico	<0,001	<0,001
Dolor Corporal	<0,001	0,025
Salud General	0,122	0,171
Vitalidad	0,032	0,099
Función Social	<0,001	0,039
Rol Emocional	<0,001	0,000
Salud Mental	0,234	0,377
T Físico	0,274	0,803
T. Mental	0,016	0,219

En sombreado se indica la normalidad

Tabla 27. Comparación entre Calidad de Vida y Wagner

	Wagner	HOMBRES				MUJERES			
		Media	DT	F/X ²	Sig.	Media	DT	F/X ²	Sig.
Función Física	0	79,0	29,4			77,3	29,7		
	1-3	40,4	26,7	59,7	<0,001	35,6	24,4	26,3	<0,001
	4-5	27,1	32,1			27,2	22,9		
Rol Físico	0	78,1	39,0			86,6	32,3		
	1-3	28,7	40,9	54,8	<0,001	22,2	40,1	30,5	<0,001
	4-5	12,5	32,3			15,3	33,4		
Dolor Corporal	0	76,6	30,0			80,0	34,1		
	1-3	57,7	31,9	23,2	<0,001	60,6	26,0	26,4	<0,001
	4-5	44,8	34,3			25,6	17,3		
Salud General	0	63,4	25,8			69,2	27,5		
	1-3	51,8	25,2	7,0*	0,001	56,7	26,8	7,4*	0,001
	4-5	44,7	27,6			36,7	29,5		
Vitalidad	0	71,7	30,9			75,2	29,3		
	1-3	60,0	24,0	26,8	<0,001	45,6	28,2	12,6*	<0,001
	4-5	41,2	28,8			33,6	29,5		
Función Social	0	82,8	28,2			87,5	23,8		
	1-3	55,5	29,5	50,7	<0,001	60,4	20,2	28,5	<0,001
	4-5	35,3	29,3			43,8	27,5		
Rol Emocional	0	80,4	35,3			83,3	33,3		
	1-3	69,1	45,6	17,4	<0,001	44,4	47,1	14,3	0,001
	4-5	45,5	45,3			37,0	42,6		
Salud Mental	0	68,1	22,4			71,3	21,3		
	1-3	63,2	20,4	4,8*	0,010	54,0	28,9	18,9*	<0,001
	4-5	54,3	26,1			29,6	16,1		
C.Físico Global	0	48,8	12,7			50,1	12,8		
	1-3	34,3	9,2	45,1*	<0,001	36,8	10,0	18,7*	<0,001
	4-5	30,3	9,1			30,9	8,4		
C. Mental Global	0	47,8	12,6			49,6	10,5		
	1-3	47,2	12,4	11,2	0,004	40,1	15,4	10,5*	<0,001
	4-5	39,2	14,9			32,4	12,4		

*Paramétricos: Anova., en el resto H de Kruskal Wallis

Gráfico 2. Comparación de Calidad de Vida y Wagner en Hombres

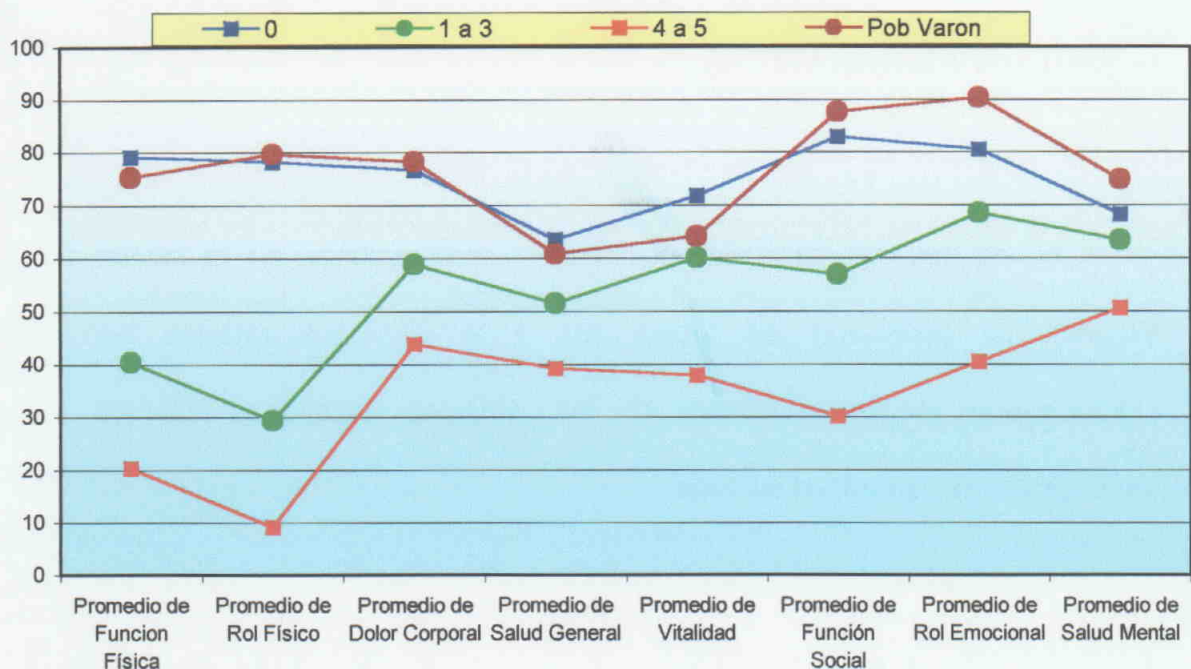
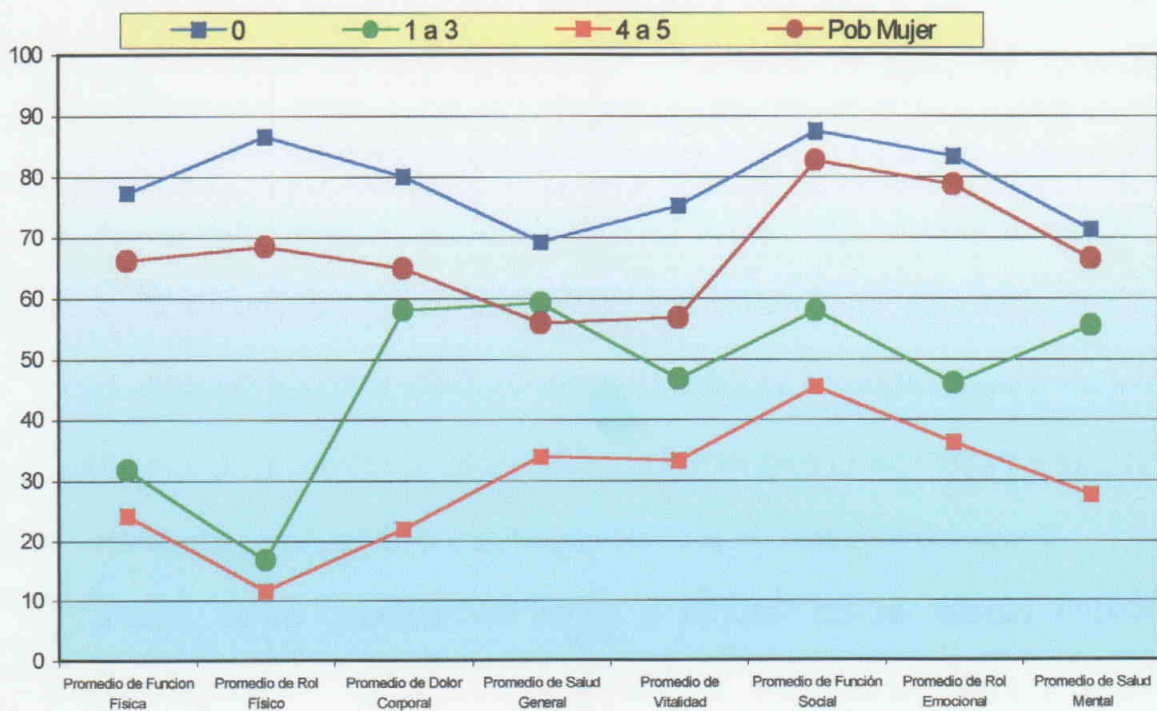


Gráfico 3 Comparación de Calidad de Vida y Wagner en Mujeres



4. COMPARACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS VARIABLES CLÍNICAS, DE APOYO SOCIAL Y SOCIODEMOGRÁFICAS

Al agrupar los pacientes por sexo y puntuaciones en la escala Wagner, se generaron las tablas 28a a la 33c, que reflejan las significaciones de las relaciones de las variables estudiadas con las dimensiones de la Calidad de Vida.

En líneas generales, se aprecia que en conjunto la mayor cantidad de significaciones ocurrió en mujeres y que estas se producían más abundantemente, en las puntuaciones intermedias de la escala Wagner.

En las variables clínicas, el Tipo de Diabetes presenta una nula significación de su influencia en la calidad de vida en las mujeres, habiéndose producido significación en varones sólo en Función Física (Wagner 0), Vitalidad (Wagner 1-3) y Dolor Corporal (Wagner 4-5).

Con respecto a los Años de Diabetes, las mujeres presentaron significación sólo en Función Física (Wagner 0). En los hombres se encontró significación en Vitalidad (Wagner 0), Dolor Corporal (Wagner 1-3) y en Función Física (Wagner 4-5).

Dentro de las variables Sociodemográficas, la Edad no se asoció en ningún estrato en los varones y sí en las mujeres, donde mostró

significación en Salud Mental y Componente Mental Global (Wagner 0) y Wagner 4-5 en Dolor Corporal, Componente Físico Global y Componente Mental Global.

El Estado Civil, se asoció significativamente en varones con Salud Mental y el Componente Mental Global (Wagner 0). En mujeres, la asociación se produjo cuando estas tenían un Wagner 1-3, en Rol Físico y el Componente Físico Global.

El nivel de Estudios se significó más en varones, ya que en las mujeres solamente se asoció con la Función Física en Wagner 0. Sin embargo en varones el nivel de estudios se asoció significativamente con Función Física (Wagner 0 y 4-5), Rol Físico, Vitalidad (Wagner 0) y el Componente Físico Global (Wagner 0).

El estar Activo Laboralmente se asoció en varones con Wagner 4-5, en concreto con Función Física, Función Social y el Componente Físico Global. En las mujeres no se pudo calcular la significación en Wagner 1-3 y Wagner 4-5, ya que todas las mujeres en estos estratos no estaban activas laboralmente.

El nivel de Ingresos afectó a varones y mujeres indistintamente. Así en estos se asoció con Función Física (Wagner 0 y 4-5), Rol Físico (Wagner 4-5), Dolor Corporal (Wagner 0), Vitalidad (Wagner 0), Rol Emocional (Wagner 1-3) y Componente Físico Global (Wagner 0 y 4-5). En

las mujeres se asoció con Función Física (Wagner 0), Rol Físico (Wagner 4-5), Dolor Corporal (Wagner 1-3), Vitalidad (Wagner 0) y Componente Físico Global (Wagner 0).

En cuanto al equipamiento doméstico, la presencia de Calefacción no se asoció en ningún estrato. La circunstancia de pasar Frío habitualmente en la casa, se asoció significativamente en varones con Wagner 0 (Vitalidad, Rol Emocional y Componente Mental Global) y en mujeres con Wagner 4-5 (Vitalidad, Salud Mental y Componente Mental Global).

Los diferentes componentes del Apoyo Social, fueron las variables que con más frecuencia, reflejaron significación estadística en sus relaciones con las dimensiones de la Calidad de Vida

En el apartado del Apoyo Social y más concretamente, en las Relaciones Sociales, el vivir solo o acompañado, únicamente se asoció en varones, en Salud Mental (Wagner 0) y Componente Mental Global (Wagner 0 y 1-3), y en las mujeres con Función Física (Wagner 4-5) y Rol Físico (Wagner 1-3).

La frecuencia de relaciones con los familiares, distintos de aquellos con los que convive el paciente, no refleja asociación en varones, en las mujeres se asocia significativamente en Wagner 0 con Función Física y

Rol Emocional y en Wagner 4-5 con Dolor Corporal, Salud General, Función Social, Componente Físico Global y Componente Mental Global.

La frecuencia del contacto con amigos, refleja significación únicamente en varones con Wagner 1-3 (Función Social). En las mujeres no se asocia en ningún estrato.

Para terminar con las Relaciones Sociales, el tiempo de Soledad en casa se asocia con la Calidad de Vida más en mujeres: Vitalidad, Dolor Corporal y Salud General (Wagner 1-3), en hombres se asocia el Componente Mental Global (Wagner 0).

En la Red Social de Apoyo, el tener un Confidente, tiene más asociación en hombres con Wagner 1-3 que en cualquier otro grupo. En estos las Vitalidad, Función Social, Salud Mental y el Componente Mental Global están asociados. En las mujeres se refleja asociación en Salud General (Wagner 0) y Salud Mental (Wagner 1-3).

El tipo de relaciones con el confidente, no se asoció de manera similar. En los hombres no se encontró significación en ningún estrato y en las mujeres con Wagner 1-3 se asoció con Función Física, Rol Físico, Salud General, Salud Mental y Componente Mental Global.

El tener un Cuidador se asoció en mujeres, con Salud General (Wagner 0) y Vitalidad (Wagner 4-5). En los hombres se asoció con Rol

Físico y Vitalidad (Wagner 1-3) además de con Dolor Corporal (Wagner 4-5).

En cuanto a las Relaciones con el Cuidador, se encontraron asociaciones en mujeres con Wagner 1-3 en Función Física, Rol Físico, Salud General, Salud Mental y en el Componente Físico Global. En los hombres no existió asociación.

Con respecto al Apoyo Social Total mostró asociación significativa en varones Wagner 0 con Salud General, Vitalidad, Rol Emocional, Salud Mental y Componente Mental Global. Siguiendo con los varones se asoció con Vitalidad (Wagner 1-3), Función Física y Salud General (Wagner 4-5). En mujeres sólo se encontró asociación con Salud General (Wagner 0 y 1-3) y Dolor Corporal (Wagner 4-5).

El Apoyo Social Confidencial, mostró similar perfil de significaciones que el Apoyo Total, salvo en varones con Wagner 4-5, donde no se halló significación con Función Física. En las mujeres sucedió idéntica similitud con el Apoyo Social Total, salvo en Wagner 1-3 ya que todas reflejaban un A.S. Confidencial *bueno*.

En el Apoyo Social Afectivo no se encontró asociación en las mujeres, además todas presentaban puntuaciones *buenas* en esta variable con Wagner 0. En varones con Wagner 0, se encontraron diferencias significativas en Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional,

Salud Mental y Componente Mental Global. También las hubo en Wagner 1-3 con Rol Emocional, Salud Mental y el Componente Mental Global.

En cuanto al Apoyo Familiar, en las mujeres sólo se encontró significación en Wagner 1-3 (Vitalidad) y en Wagner 4-5 (Dolor Corporal). Los hombres con Wagner 0, mostraron asociación en Función Física, Rol Emocional, Salud Mental y el Componente Mental Global. Estas dos últimas dimensiones también se asociaron en varones con Wagner 1-3, no encontrándose asociación en varones con Wagner 4-5.

Tabla 28a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 0.

	n	Func. F**		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social**		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.**		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Tipo de Diabetes	1	13	95,8	7,0	92,3	27,7	82,7	28,1	62,2	29,2	77,3	22,0	81,7	29,1	76,9	43,9	64,3	20,4	54,5	9,5	44,3	14,6
	2	43	74,0	31,7	73,8	41,2	74,7	30,6	63,8	25,0	70,0	33,1	83,1	28,2	81,4	32,8	69,2	23,1	47,1	13,1	48,9	11,9
	Sig.		0,018		0,074		0,310		0,841		0,460		0,780		0,874		0,494		0,061		0,248	
Años de Diabetes***	10-19	28	85,4	25,2	88,4	29,3	81,2	27,7	70,0	25,2	81,8	28,0	89,3	25,4	84,5	30,7	73,0	21,0	51,7	10,4	50,2	10,2
	≥20	10	89,0	29,7	90,0	31,6	78,4	33,4	60,9	29,9	78,5	24,8	80,0	33,4	90,0	31,6	68,8	17,3	50,9	15,0	48,6	10,3
	¿?	18	63,6	30,6	55,6	47,4	68,3	31,5	54,6	22,6	52,2	30,3	74,3	28,3	68,5	42,0	60,0	25,7	43,2	13,5	43,7	16,2
	Sig.		0,337		0,620		0,956		0,131		0,003		0,519		0,389		0,158		0,895		0,231	
Estado Civil	Casad	47	81,4	28,8	80,9	36,9	77,0	30,5	65,8	24,2	75,1	29,5	83,5	27,6	83,7	31,8	72,2	19,1	49,2	13,1	49,5	10,9
	No Cas	9	66,7	31,0	63,9	48,6	74,2	28,6	51,2	31,9	53,9	33,6	79,2	32,5	63,0	48,4	46,7	27,1	47,0	10,9	39,1	17,6
	Sig.		0,052		0,227		0,674		0,122		0,058		0,635		0,174		0,001		0,468		0,022	
Estudios	Analb-	9	60,0	31,2	47,2	50,7	73,1	29,3	53,3	27,8	42,8	36,2	83,3	28,0	77,8	44,1	64,9	30,4	40,8	9,9	47,2	17,4
	Primari	27	72,8	32,3	75,0	41,6	73,1	35,2	61,0	23,5	68,5	28,7	74,5	33,5	77,8	39,2	67,4	23,5	46,8	15,2	46,9	14,0
	Superi	20	96,0	11,3	96,3	12,2	82,8	22,0	71,3	26,9	89,0	18,8	93,8	14,3	85,0	25,3	70,4	17,1	55,2	5,5	49,5	7,7
	Sig.		<0,001		0,017		0,694		0,179		<0,001		0,098		0,948		0,816		0,005		0,778	
Activ. Laboral	Sí	11	89,5	23,1	81,8	40,5	85,9	31,0	62,9	31,0	85,9	13,8	83,0	30,2	84,8	31,1	72,7	15,3	51,4	13,6	49,8	10,5
	No	44	78,2	28,4	79,0	37,7	75,0	29,6	64,1	24,8	69,3	32,5	84,4	26,2	81,1	34,8	67,5	23,8	48,7	12,3	47,8	12,9
	Sig.		0,071		0,563		0,164		0,659		0,065		0,951		0,904		0,443		0,323		0,229	
Nivel Ingresos	Suf-	38	87,2	22,5	82,9	35,4	83,7	25,5	64,9	25,9	80,4	25,6	86,2	26,0	82,5	32,6	69,1	19,5	51,7	11,0	48,4	11,2
	Escaso	18	61,7	34,9	68,1	45,2	61,4	33,7	60,2	26,1	53,3	33,7	75,7	31,9	75,9	40,9	66,0	28,2	42,8	14,3	46,6	15,4
	Sig.		0,008		0,204		0,014		0,527		0,002		0,166		0,851		0,638		0,006		0,622	
Calefacción	Sí	20	85,0	26,0	82,5	37,3	76,1	28,2	67,0	28,7	80,5	28,7	89,4	18,7	80,0	31,3	73,0	17,9	50,4	13,4	50,0	10,4
	No	36	75,7	30,9	75,7	40,3	76,8	31,4	61,5	24,2	66,8	31,4	79,2	31,9	80,6	37,7	65,3	24,3	48,0	12,4	46,7	13,7
	Sig.		0,130		0,360		0,712		0,451		0,113		0,460		0,606		0,223		0,356		0,349	
Pasar frío	Sí	7	65,7	34,0	75,0	38,2	73,3	25,8	46,3	26,3	41,4	34,2	73,2	27,4	47,6	50,4	62,3	33,0	46,3	10,9	38,4	18,8
	No	49	80,9	28,5	78,6	39,5	77,0	30,8	65,9	25,0	76,0	28,2	84,2	28,3	85,0	30,5	68,9	20,8	49,2	13,0	49,2	11,1
	Sig.		0,207		0,502		0,471		0,059		0,005		0,101		0,032		0,470		0,292		0,034	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 28b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 0.

	n	Func.F**		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social**		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.**		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Convivencia	Acomp	50	80,5	28,6	79,5	37,7	77,1	29,8	64,8	24,3	74,4	29,7	82,8	27,7	82,7	33,2	70,9	20,2	49,0	12,8	49,0	11,6
	Sólo	6	66,7	35,7	66,7	51,6	72,3	33,8	51,8	36,8	49,2	34,0	83,3	35,1	61,1	49,1	44,7	28,0	47,5	12,5	38,3	17,3
	Sig.		0,161		0,640		0,710		0,247		0,058		0,843		0,183		0,006		0,771		0,047	
Frecuencia Rel. Familiares	Día-	50	79,1	30,3	79,0	39,2	75,5	30,8	63,4	25,5	72,0	30,9	83,5	28,7	82,0	34,5	68,2	22,1	48,7	13,0	48,3	12,0
	Espora	5	79,0	25,1	65,0	41,8	82,6	24,1	63,8	34,2	67,0	37,3	72,5	24,0	60,0	43,5	60,8	24,9	50,5	11,2	41,0	17,4
	Sig.		0,829		0,187		0,648		0,972		0,736		0,100		0,129		0,484		0,953		0,223	
Frecuencia. Rel. Amigos	Díar.	39	78,6	29,8	75,6	42,3	73,4	32,7	66,8	22,2	74,9	29,0	84,3	28,6	85,5	30,4	71,7	19,3	47,8	14,1	50,4	10,3
	Casi	10	80,0	31,8	87,5	27,0	84,4	25,2	56,3	31,6	65,0	33,5	92,5	13,4	80,0	35,8	64,8	24,3	50,4	7,6	46,7	12,0
	Espor	7	80,0	27,8	78,6	36,6	82,7	17,9	54,7	35,1	63,6	39,0	60,7	32,6	52,4	50,4	52,6	31,1	52,3	9,9	35,3	18,3
Sig.		0,996		0,649		0,571		0,332		0,513		0,079		0,120		0,100		0,861		0,011		
Soledad	≤ 2h	44	78,8	29,8	77,8	39,3	77,4	30,8	66,0	23,5	75,7	29,6	84,1	27,1	83,3	31,7	71,4	20,0	48,7	13,3	49,7	10,8
	>2h	12	80,0	29,0	79,2	39,6	73,4	27,6	54,0	32,2	57,1	32,3	78,1	32,5	69,4	46,0	56,0	27,3	49,5	10,7	41,0	16,5
	Sig.		0,908		0,811		0,458		0,155		0,064		0,637		0,467		0,034		0,905		0,032	
Confidente	Sí	47	81,7	28,8	80,3	36,8	74,2	31,7	65,6	24,7	73,4	30,3	83,5	27,6	85,1	30,9	70,6	20,3	48,9	13,3	49,3	11,3
	No	9	65,0	29,7	66,7	50,0	88,9	13,7	52,1	29,7	62,8	34,5	79,2	32,5	55,6	47,1	55,1	29,1	48,6	9,4	40,4	16,6
	Sig.		0,161		0,640		0,710		0,152		0,349		0,843		0,183		0,057		0,771		0,051	
Rel. Confidente***	Conyu	40	79,1	31,2	53,6	50,9	73,3	31,5	73,9	31,7	94,6	9,8	84,4	31,7	48,4	13,7	50,6	7,8	49,0	13,5	49,4	11,7
	Dif.	7	81,4	12,1	76,6	40,2	64,9	25,2	69,3	23,4	83,5	27,6	72,0	20,1	46,7	10,1	49,5	11,3	48,0	.	52,0	.
	Sig.		0,180		0,081		0,691		0,674		0,717		0,444		0,456		0,178		0,437		0,787	
Cuidador	Sí	48	79,9	28,9	77,1	39,9	73,9	31,4	65,4	24,1	73,2	30,1	83,9	27,4	84,0	31,5	70,2	20,4	48,3	13,1	49,4	11,2
	No	8	73,8	33,7	84,4	35,2	92,5	11,0	51,4	33,5	62,5	35,9	76,6	33,7	58,3	49,6	55,5	30,8	51,9	9,9	38,8	17,1
	Sig.		0,439		0,720		0,155		0,364		0,668		0,460		0,082		0,224		0,474		0,078	
Rel. Cuidador***	Conyu	40	79,1	31,2	80,6	37,3	73,8	31,9	64,9	25,2	73,9	31,7	81,6	29,3	82,5	33,7	72,0	20,1	48,4	13,7	49,3	11,9
	Dif.	7	81,4	12,1	53,6	50,9	70,7	31,2	69,1	20,6	69,3	23,4	94,6	9,8	95,2	12,6	60,6	22,2	46,7	10,1	50,6	7,8
	Sig.		0,180		0,081		0,691		0,674		0,717		0,444		0,456		0,178		0,437		0,787	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis) *** Se eliminaron para los cálculos los datos no procedentes.

Tabla 28c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 0

	n	Func.F**		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social**		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.**		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	55-64	39	80,3	29,6	78,8	39,5	78,5	30,1	65,0	26,2	75,0	30,1	83,0	27,6	77,8	37,7	68,2	21,9	49,8	12,9	47,5	12,8
	64-75	15	78,0	29,3	76,7	40,6	75,5	30,5	63,1	25,0	68,7	31,6	82,5	31,6	91,1	26,6	70,4	24,5	47,2	13,0	50,2	12,3
	≥ 75	2	62,5	38,9	75,0	35,4	46,5	6,4	35,0	7,1	30,0	7,1	81,3	26,5	50,0	23,6	48,0	11,3	42,5	4,9	36,7	5,9
	Sig.		0,806		0,220		0,230		0,280		0,120		0,936		0,070		0,420		0,283		0,358	
A.S. Total	Bajo	4	53,8	39,4	75,0	50,0	89,0	13,6	25,0	19,6	35,0	29,2	59,4	41,3	25,0	50,0	47,0	40,3	46,6	11,6	29,2	19,2
	Bueno	52	81,0	28,0	78,4	38,7	75,6	30,8	66,4	23,9	74,5	29,4	84,6	26,6	84,6	30,6	69,7	20,2	49,0	12,9	49,3	11,0
	Sig.		0,142		0,968		0,571		0,001		0,012		0,089		0,009		0,050		0,589		0,001	
A.S. Confidencial	Bajo	3	48,3	46,5	66,7	57,7	90,7	16,2	26,7	23,6	36,7	35,5	45,8	38,2	0,0	0,0	30,7	28,9	49,1	13,0	19,9	5,7
	Bueno	53	80,8	27,8	78,8	38,4	75,8	30,5	65,5	24,5	73,7	29,8	84,9	26,4	84,9	30,4	70,2	20,3	48,8	12,8	49,4	10,9
	Sig.		0,173		0,988		0,612		0,010		0,042		0,144		0,034		0,002		0,612		<0,001	
A.S. Afectivo	Bajo	3	48,3	46,5	66,7	57,7	90,7	16,2	26,7	23,6	36,7	35,5	45,8	38,2	0,0	0,0	30,7	28,9	49,1	13,0	19,9	5,7
	Bueno	53	80,8	27,8	78,8	38,4	75,8	30,5	65,5	24,5	73,7	29,8	84,9	26,4	84,9	30,4	70,2	20,3	48,8	12,8	49,4	10,9
	Sig.		0,244		0,748		0,444		0,010		0,042		0,017		0,001		0,002		0,985		<0,001	
Apgar familiar	Disfu.	7	61,4	31,2	53,6	50,9	76,6	25,8	49,1	31,0	53,6	32,5	75,0	35,4	42,9	46,0	48,0	25,4	46,5	10,9	36,5	16,6
	Func.	49	81,5	28,5	81,6	36,4	76,6	30,8	65,5	24,7	74,3	30,1	83,9	27,2	85,7	30,4	70,9	20,7	49,2	13,0	49,5	11,2
	Sig.		0,044		0,065		0,789		0,118		0,097		0,318		0,004		0,010		0,281		0,009	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 29a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 0.

		Func. F*		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social**		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
Tipo de Diabetes	n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
		1	2	92,5	10,6	100	0,0	100	0,0	76,0	22,6	65,0	7,1	100	0,0	83,3	23,6	72,0	11,3	57,2	2,0	47,0
2	26	76,2	30,5	85,6	33,3	78,5	35,0	68,7	28,1	76,0	30,2	86,5	24,5	83,3	34,3	71,2	22,1	49,6	13,1	49,8	10,7	
Sig.		0,464		0,504		0,297		0,724		0,619		0,297		0,557		0,962		0,422		0,729		
Años de Diabetes***	10-19	16	81,3	26,0	89,1	27,3	80,2	33,5	70,4	23,2	75,9	27,0	89,1	15,7	93,8	18,1	70,8	16,0	50,5	11,8	50,9	8,0
	≥ 20	6	91,7	8,2	100,0	0,0	97,3	6,5	76,8	21,9	88,3	18,3	100,0	0,0	88,9	17,2	81,3	16,5	55,7	3,4	53,1	6,7
	¿?	6	52,5	40,5	66,7	51,6	62,2	46,2	58,5	42,1	60,0	40,1	70,8	42,3	50,0	54,8	62,7	34,7	43,5	19,1	42,4	16,5
	Sig.		0,047		0,266		0,284		0,513		0,250		0,061		0,323		0,325		0,257		0,151	
Estado Civil	Casad	15	75,3	29,4	76,7	41,7	76,1	38,9	60,0	32,0	69,3	33,2	81,7	29,1	86,7	30,3	67,2	26,7	47,1	14,9	48,8	12,5
	No Cas	13	79,6	31,1	98,1	6,9	84,5	28,5	79,8	16,6	81,9	23,5	94,2	14,1	79,5	37,4	76,0	12,2	53,6	9,2	50,4	7,9
	Sig.		0,711		0,157		0,554		0,055		0,264		0,154		0,524		0,285		0,188		0,702	
Estudios	Analb-	4	50,0	46,5	75,0	50,0	68,3	41,8	59,3	40,6	65,0	40,6	71,9	48,3	50,0	57,7	56,0	30,8	45,7	16,3	40,8	15,5
	Primari	14	72,5	28,0	80,4	36,9	75,5	40,3	67,9	29,2	72,1	33,3	86,6	21,6	97,6	8,9	73,4	23,1	46,5	13,9	53,1	8,6
	Superi	10	95,0	8,8	100,0	0,0	91,0	18,5	75,0	20,0	83,5	16,7	95,0	8,7	76,7	35,3	74,4	12,5	57,0	6,2	48,1	9,3
	Sig.		0,020		0,199		0,645		0,624		0,503		0,644		0,064		0,311		0,103		0,095	
Activ. Laboral	Sí	6	87,5	15,1	100	0,0	87,7	23,3	76,3	21,5	87,5	14,1	93,8	10,5	88,9	27,2	72,7	10,9	54,7	6,7	50,8	7,6
	No	20	77,0	32,7	86,3	31,9	80,7	33,7	71,0	27,3	75,8	30,4	87,5	26,9	81,7	36,6	71,8	23,1	50,4	12,6	49,4	10,6
	Sig.		0,313		0,245		0,830		0,099		0,064		0,970		0,650		0,824		0,111		0,916	
Nivel Ingresos	Suf-	21,0	86,2	21,4	96,4	12,0	88,9	23,3	73,9	22,5	81,7	24,0	92,9	14,0	87,3	26,8	73,5	16,5	53,9	7,8	50,3	8,9
	Escaso	7,0	50,7	36,6	57,1	53,5	53,3	48,3	55,1	37,5	55,7	36,6	71,4	38,7	71,4	48,8	64,6	32,7	38,7	18,2	47,3	14,9
	Sig.		0,004		0,029		0,063		0,119		0,040		0,107		0,600		0,346		0,004		0,513	
Calefacción	Sí	6	79,2	35,3	95,8	10,2	80,0	34,2	74,3	23,1	71,7	29,3	87,5	19,4	77,8	40,4	74,7	16,3	52,0	12,7	48,4	10,1
	No	22	76,8	28,9	84,1	35,8	80,0	34,9	67,8	28,9	76,1	29,9	87,5	25,3	84,8	32,1	70,4	22,8	49,6	13,0	49,9	10,8
	Sig.		0,867		0,801		0,647		0,616		0,747		0,578		0,606		0,670		0,689		0,765	
Pasar frío	Sí	5	63,0	36,5	70,0	44,7	72,2	43,8	67,4	33,7	71,0	35,4	87,5	28,0	73,3	43,5	68,0	23,8	45,9	16,6	49,1	4,6
	No	23	80,4	28,0	90,2	28,9	81,7	32,6	69,6	26,8	76,1	28,6	87,5	23,5	85,5	31,5	72,0	21,3	51,0	12,1	49,7	11,4
	Sig.		0,241		0,163		0,674		0,874		0,732		0,599		0,407		0,712		0,431		0,907	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 29b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 0.

	n	Func..F*		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Convivencia	Acomp	23	73,3	31,4	83,7	35,0	78,2	35,9	67,3	29,3	71,7	30,4	84,8	25,5	82,6	36,1	68,7	21,9	48,9	13,8	48,7	11,0
	Sólo	5	96,0	4,2	100	0,0	88,4	25,9	78,2	16,0	91,0	17,5	100	0,0	86,7	18,3	83,2	14,5	55,6	3,9	53,5	7,4
	Sig.		0,123		0,261		0,462		0,430		0,187		0,080		0,608		0,173		0,298		0,367	
Frecuencia. Rel. Familiares	Dia-	27	79,6	27,6	86,1	32,8	80,7	34,6	69,0	28,0	75,0	29,8	87,0	24,1	86,4	29,6	70,8	21,6	50,3	13,0	49,7	10,7
	Espora	1	15,0	.	100,0	.	61,0	.	75,0	.	80,0	.	100,0	.	0,0	.	84,0	.	44,8	.	46,6	.
	Sig.		0,030		0,643		0,247		0,835		0,870		0,602		0,042		0,554		0,680		0,778	
Frecuencia. Rel. Amigos	Diari-	26	79,4	29,5	89,4	28,4	82,3	31,3	71,0	25,8	76,9	27,7	88,9	22,5	82,1	34,3	72,3	20,1	51,3	11,6	49,5	10,6
	Espora	2	50,0	21,2	50,0	70,7	50,0	70,7	46,0	50,9	52,5	53,0	68,8	44,2	100,0	0,0	58,0	42,4	34,7	22,4	50,6	12,1
	Sig.		0,182		0,181		0,405		0,221		0,263		0,255		0,411		0,371		0,076		0,893	
Soledad	≤ 2h	19	75,8	29,1	86,8	32,7	83,5	30,2	64,8	30,4	75,3	29,4	86,2	26,6	84,2	34,0	68,2	23,8	50,0	11,4	48,8	10,7
	>2h	9	80,6	32,5	86,1	33,3	72,7	42,4	78,6	18,0	75,0	30,7	90,3	17,4	81,5	33,8	77,8	14,0	50,4	16,0	51,1	10,3
	Sig.		0,700		0,740		0,841		0,222		0,983		0,679		0,582		0,276		0,944		0,606	
Confidente	Sí	26	78,8	29,6	89,4	28,4	82,9	31,5	72,6	25,1	76,5	27,5	88,9	22,5	82,1	34,3	73,4	20,2	51,3	11,6	49,7	10,7
	No	2	57,5	31,8	50,0	70,7	42,0	59,4	25,0	21,2	57,5	60,1	68,8	44,2	100	0,0	44,0	22,6	34,1	21,5	47,7	8,0
	Sig.		0,337		0,181		0,054		0,015		0,385		0,434		0,411		0,059		0,064		0,798	
Rel. *** Confidente	Conyu	10	80,5	30,4	90,0	31,6	85,7	28,8	64,5	33,8	72,0	32,2	85,0	32,2	83,3	32,4	70,8	29,1	51,0	10,5	48,2	14,4
	Dif.	15	78,0	31,2	88,3	28,1	81,0	35,1	80,2	14,3	80,0	25,5	91,7	14,7	80,0	37,4	76,3	12,1	51,8	13,0	50,8	8,4
	Sig.		0,844		0,572		0,972		0,121		0,495		0,488		0,972		0,520		0,880		0,576	
Cuidador	Sí	26	78,8	29,6	89,4	28,4	82,9	31,5	72,6	25,1	76,5	27,5	88,9	22,5	82,1	34,3	73,4	20,2	51,3	11,6	49,7	10,7
	No	2	57,5	31,8	50,0	70,7	42,0	59,4	25,0	21,2	57,5	60,1	68,8	44,2	100	0,0	44,0	22,6	34,1	21,5	47,7	8,0
	Sig.		0,337		0,181		0,054		0,015		0,385		0,434		0,411		0,059		0,064		0,798	
Rel. *** Cuidador	Conyu	10	80,5	30,4	90,0	31,6	85,7	28,8	64,5	33,8	72,0	32,2	85,0	32,2	83,3	32,4	70,8	29,1	51,0	10,5	48,2	14,4
	Dif.	15	78,0	31,2	88,3	28,1	81,0	35,1	80,2	14,3	80,0	25,5	91,7	14,7	80,0	37,4	76,3	12,1	51,8	13,0	50,8	8,4
	Sig.		0,844		0,572		0,972		0,121		0,495		0,488		0,972		0,520		0,880		0,576	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 29c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 0

	n	Fun.,F*		Rol F.**		Dolor C.**		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social**		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	55-64	12	78,3	30,8	83,3	38,9	76,8	37,1	57,1	35,5	67,9	34,5	79,2	31,7	72,2	39,8	57,7	21,2	50,2	15,2	42,9	12,0
	64-75	11	76,4	29,1	84,1	32,2	77,9	37,6	76,1	16,7	76,8	28,2	92,0	16,1	97,0	10,1	78,5	15,1	48,5	13,0	54,6	5,3
	≥ 75	5	77,0	34,9	100	0,0	92,2	17,4	83,2	10,1	89,0	10,2	97,5	5,6	80,0	44,7	88,0	14,7	53,3	4,8	54,5	6,3
	Sig.		0,988		0,470		0,689		0,113		0,404		0,301		0,190		0,005		0,790		0,008	
A.S. Total	Bajo	2	57,5	31,8	50,0	70,7	42,0	59,4	25,0	21,2	57,5	60,1	68,8	44,2	100	0,0	44,0	22,6	34,1	21,5	47,7	8,0
	Bueno	26	78,8	29,6	89,4	28,4	82,9	31,5	72,6	25,1	76,5	27,5	88,9	22,5	82,1	34,3	73,4	20,2	51,3	11,6	49,7	10,7
	Sig.		0,337		0,181		0,054		0,015		0,385		0,434		0,411		0,059		0,064		0,798	
A.S. Confidencial	Bajo	2	57,5	31,8	50,0	70,7	42,0	59,4	25,0	21,2	57,5	60,1	68,8	44,2	100	0,0	44,0	22,6	34,1	21,5	47,7	8,0
	Bueno	26	78,8	29,6	89,4	28,4	82,9	31,5	72,6	25,1	76,5	27,5	88,9	22,5	82,1	34,3	73,4	20,2	51,3	11,6	49,7	10,7
	Sig.		0,337		0,181		0,054		0,015		0,385		0,434		0,411		0,059		0,064		0,798	
A.S. Afectivo	Bajo	0																				
	Bueno	28	77,3	29,7	86,6	32,3	80,0	34,1	69,2	27,5	75,2	29,3	87,5	23,8	83,3	33,3	71,3	21,3	50,1	12,8	49,6	10,5
	Sig.																					
Apgar familiar	Disfun	2	62,5	38,9	50,0	70,7	50,0	70,7	47,5	53,0	57,5	60,1	68,8	44,2	83,3	23,6	58,0	42,4	38,4	27,7	47,1	7,1
	Funcio	26	78,5	29,6	89,4	28,4	82,3	31,3	70,9	25,7	76,5	27,5	88,9	22,5	83,3	34,3	72,3	20,1	51,0	11,6	49,8	10,8
	Sig.		0,474		0,181		0,405		0,253		0,385		0,434		0,557		0,371		0,185		0,732	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 30a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 1-3

	n	Func. F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Tipo de Diabetes	1	4	58,8	26,6	62,5	47,9	85,3	29,5	63,5	16,6	87,5	12,6	81,3	37,5	91,7	16,7	67,0	18,3	44,3	9,4	53,1	5,8
	2	37	38,4	26,3	25,0	39,1	54,7	31,0	50,6	25,8	57,0	23,1	52,7	27,7	66,7	47,1	62,8	20,8	33,3	8,7	46,6	12,8
	Sig.		0,149		0,081		0,068		0,335		0,013		0,064		0,475		0,702		0,020		0,321	
Años de Diabetes***	10-19	13	38,8	32,2	26,9	43,9	39,8	26,0	45,2	28,3	57,7	26,6	50,0	31,5	53,8	51,9	59,7	22,3	32,4	9,9	44,0	13,5
	≥ 20	20	38,5	19,1	28,8	42,4	66,5	29,6	49,8	23,9	62,3	19,3	55,6	27,3	78,3	40,9	64,4	20,6	34,0	8,8	49,1	12,2
	¿?	8	47,5	35,3	31,3	37,2	65,0	37,4	67,8	17,9	58,1	32,3	64,1	33,0	70,8	45,2	66,0	18,5	38,4	9,1	47,5	11,7
Sig.		0,712		0,877		0,045		0,120		0,848		0,580		0,326		0,750		0,354		0,523		
Estado Civil	Casad	26	37,5	28,3	29,8	43,6	61,3	33,2	54,0	25,4	62,7	23,5	59,1	30,3	74,4	42,5	67,7	20,8	33,8	9,9	50,0	12,2
	No Cas	15	45,3	23,8	26,7	37,2	51,4	29,4	48,0	25,1	55,3	25,0	49,2	27,7	60,0	50,7	55,5	17,9	35,2	8,3	42,4	11,7
	Sig.		0,373		0,987		0,342		0,466		0,351		0,302		0,434		0,064		0,654		0,058	
Estudios	Analb-Primari	22	40,7	27,4	29,5	39,8	56,7	32,9	52,9	24,9	57,7	25,9	52,3	28,3	72,7	45,6	63,1	22,3	34,1	9,0	47,1	12,6
	Superi	3	40,9	28,9	21,9	40,7	54,8	30,4	50,7	28,6	58,8	20,6	60,2	30,7	60,4	49,0	61,5	19,0	34,2	10,7	46,1	13,4
	Sig.		0,939		0,358		0,446		0,958		0,219		0,725		0,538		0,665		0,919		0,640	
Activ. Laboral	Sí	5	46,0	26,6	30,0	44,7	52,8	27,3	46,4	33,0	72,0	21,7	52,5	28,5	73,3	43,5	61,6	11,9	34,2	4,4	48,2	11,4
	No	36	39,6	27,0	28,5	41,0	58,4	32,7	52,6	24,4	58,3	24,1	55,9	30,0	68,5	46,4	63,4	21,5	34,4	9,8	47,1	12,7
	Sig.		0,621		0,908		0,718		0,613		0,238		0,812		0,962		0,853		0,964		0,848	
Nivel Ingresos	Suf-Escaso	12	37,5	27,0	22,9	36,1	47,2	30,7	46,3	22,4	53,8	19,9	54,2	29,4	38,9	48,9	60,7	23,9	33,9	8,0	41,8	14,3
		29	41,6	27,0	31,0	43,1	62,1	31,9	54,1	26,3	62,6	25,4	56,0	30,0	81,6	38,4	64,3	19,2	34,5	9,8	49,4	11,0
	Sig.		0,664		0,628		0,176		0,375		0,289		0,856		0,005		0,613		0,841		0,071	
Calefacción	Sí	9	36,1	23,3	22,2	36,3	64,1	33,0	55,7	26,3	63,3	27,3	56,9	31,9	74,1	43,4	57,3	22,9	34,6	10,0	47,3	11,7
	No	32	41,6	27,8	30,5	42,5	55,9	31,9	50,8	25,2	59,1	23,4	55,1	29,2	67,7	46,7	64,9	19,8	34,3	9,2	47,2	12,8
	Sig.		0,595		0,673		0,502		0,611		0,643		0,869		0,835		0,334		0,919		0,986	
Pasar frío	Sí	12	38,8	24,3	27,1	36,1	60,8	29,0	47,6	18,5	55,8	21,7	59,4	23,3	72,2	44,6	63,3	20,0	33,4	8,0	48,0	10,0
	No	29	41,0	28,0	29,3	43,3	56,4	33,4	53,6	27,6	61,7	25,0	53,9	31,9	67,8	46,7	63,2	21,0	34,7	9,8	46,9	13,4
	Sig.		0,807		0,960		0,699		0,494		0,482		0,593		0,863		0,982		0,692		0,795	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 30b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 1-3

	n	Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.**I		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Convivencia	Acomp	39	40,1	27,3	26,3	40,1	59,6	31,5	51,7	25,8	60,5	24,1	57,1	28,8	70,1	45,1	64,3	20,4	34,1	9,4	47,9	12,2
	Sólo	2	45,0	14,1	75,0	35,4	21,0	1,4	53,5	12,0	50,0	28,3	25,0	35,4	50,0	70,7	42,0	2,8	39,1	0,7	32,7	7,4
	Sig.		0,805		0,078		0,095		0,925		0,553		0,135		0,585		0,134		0,459		0,09	
Frecuencia. Rel. Familiares	Día-	39	41,3	26,6	27,6	40,1	57,8	32,5	52,2	25,8	60,3	23,3	53,8	29,1	70,1	45,1	64,1	20,4	34,2	9,5	47,4	12,4
	Espora	2	22,5	31,8	50,0	70,7	56,5	21,9	45,0	0,0	55,0	49,5	87,5	17,7	50,0	70,7	46,0	14,1	36,5	3,8	43,6	18,0
	Sig.		0,339		0,525		0,957		0,699		0,767		0,116		0,585		0,226		0,745		0,680	
Frecuencia. Rel. Amigos	Díar.	21	35,0	27,2	26,2	40,7	48,1	28,8	46,7	29,2	54,0	26,3	43,5	28,1	65,1	47,7	57,5	20,3	32,1	8,2	44,1	13,5
	Casí	13	51,2	26,3	26,9	38,8	64,0	31,2	53,3	22,0	71,2	18,2	66,3	27,7	66,7	47,1	68,6	18,5	36,8	9,1	49,5	10,2
	Espor	7	36,4	23,0	39,3	49,7	74,7	36,3	64,4	11,7	57,1	21,6	71,4	23,6	85,7	37,8	70,3	22,4	36,4	11,8	52,2	11,6
Sig.		0,214		0,823		0,110		0,270		0,122		0,021		0,823		0,188		0,283		0,247		
Soledad	≤ 2h	29	38,1	26,5	21,6	37,6	56,4	34,6	52,8	26,1	63,1	22,0	53,9	30,3	70,1	44,8	65,2	21,1	32,9	8,7	48,6	13,1
	>2h	12	45,8	27,6	45,8	45,0	60,8	25,2	49,4	23,8	52,5	27,9	59,4	28,3	66,7	49,2	58,3	18,8	37,8	10,1	43,8	10,4
	Sig.		0,406		0,071		0,699		0,698		0,202		0,593		0,945		0,331		0,127		0,264	
Confidente	Sí	22	43,0	23,0	29,5	42,7	60,1	30,3	57,2	23,5	67,5	19,1	65,9	25,1	74,2	42,3	69,5	16,1	35,0	9,1	51,2	9,1
	No	19	37,4	30,8	27,6	39,9	54,9	34,2	45,6	26,3	51,3	26,6	43,4	30,2	63,2	49,6	56,0	22,9	33,6	9,6	42,5	14,3
	Sig.		0,511		0,927		0,606		0,145		0,029		0,013		0,582		0,034		0,633		0,024	
Rel. Confidente***	Conyu	21	34,0	26,8	22,6	38,7	65,2	32,0	53,6	26,6	59,0	23,2	57,7	29,4	68,3	45,3	66,7	21,0	33,5	9,7	48,6	12,2
	Dif.	15	43,0	26,2	20,0	31,6	50,0	31,9	47,8	25,3	54,7	25,4	47,5	22,8	60,0	50,7	60,5	21,1	33,3	7,2	44,1	13,7
	Sig.		0,326		0,968		0,167		0,514		0,595		0,268		0,736		0,394		0,956		0,305	
Cuidador	Sí	36	37,8	26,6	21,5	35,4	58,9	32,4	51,2	25,9	57,2	23,9	53,5	27,0	64,8	47,1	64,1	21,0	33,4	8,7	46,7	12,9
	No	5	59,0	21,6	80,0	44,7	49,2	29,6	56,4	21,1	80,0	14,1	70,0	44,7	100	0,0	56,8	16,6	41,2	11,4	50,8	8,7
	Sig.		0,097		0,007		0,531		0,670		0,045		0,245		0,093		0,461		0,076		0,499	
Rel. Cuidador***	Conyu	21	34,0	26,8	22,6	38,7	65,2	32,0	53,6	26,6	59,0	23,2	57,7	29,4	68,3	45,3	66,7	21,0	33,5	9,7	48,6	12,2
	Dif.	15	43,0	26,2	20,0	31,6	50,0	31,9	47,8	25,3	54,7	25,4	47,5	22,8	60,0	50,7	60,5	21,1	33,3	7,2	44,1	13,7
	Sig.		0,326		0,968		0,167		0,514		0,595		0,268		0,736		0,394		0,956		0,305	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos no procedentes.

Tabla 30c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 1-3

	n	Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	55-64	13	45,8	29,3	26,9	43,9	59,8	27,6	49,1	31,8	66,9	27,9	51,9	33,0	82,1	37,6	59,1	19,3	34,5	9,5	48,2	12,7
	64-75	17	43,2	26,5	36,8	43,4	63,2	33,3	54,5	22,1	57,6	18,7	59,6	27,1	68,6	46,4	66,8	15,3	36,3	9,1	47,3	10,7
	≥ 75	11	29,5	22,9	18,2	33,7	46,7	34,5	51,0	22,8	55,5	26,8	53,4	30,7	54,5	52,2	62,5	28,4	31,1	9,1	45,8	15,3
	Sig.		0,289		0,498		0,403		0,844		0,452		0,761		0,421		0,596		0,366		0,903	
A.S. Total	Bajo	9	36,7	38,0	33,3	43,3	54,1	39,4	49,8	28,4	46,1	30,8	51,4	37,7	55,6	52,7	49,3	24,9	35,9	11,1	39,6	16,1
	Bueno	32	41,4	23,3	27,3	40,8	58,7	30,1	52,4	24,6	63,9	20,7	56,6	27,3	72,9	43,5	67,1	17,5	33,9	8,8	49,3	10,5
	Sig.		0,644		0,646		0,706		0,785		0,048		0,642		0,383		0,019		0,564		0,035	
A.S. Confidencial	Bajo	7	22,9	30,3	28,6	39,3	49,3	40,9	45,9	29,0	33,6	20,1	42,9	37,4	42,9	53,5	40,0	19,2	33,8	11,4	34,4	14,3
	Bueno	34	44,0	24,9	28,7	41,8	59,4	30,2	53,1	24,6	65,4	21,1	58,1	27,5	74,5	42,7	68,0	17,4	34,4	8,9	49,8	10,4
	Sig.		0,055		0,888		0,449		0,497		<0,001		0,217		0,123		<0,001		0,868		0,001	
A.S. Afectivo	Bajo	8	36,9	38,1	31,3	45,8	57,0	41,1	48,3	27,8	46,9	32,4	51,6	40,3	37,5	51,8	46,0	25,7	37,8	10,2	35,7	16,2
	Bueno	33	41,2	23,9	28,0	40,4	57,9	30,0	52,7	24,9	63,2	20,9	56,4	26,9	76,8	41,2	67,4	16,9	33,5	9,0	50,0	9,7
	Sig.		0,686		0,878		0,945		0,660		0,085		0,680		0,041		0,006		0,248		0,002	
Apgar familiar	Disfu.	10	36,0	29,9	40,0	45,9	59,2	35,3	47,8	23,1	49,5	24,5	56,3	32,9	60,0	51,6	50,0	19,4	36,5	8,7	41,0	14,2
	Func.	31	41,8	26,0	25,0	39,3	57,2	31,3	53,1	26,0	63,4	23,2	55,2	28,8	72,0	44,0	67,5	19,1	33,6	9,4	49,2	11,3
	Sig.		0,559		0,304		0,867		0,567		0,113		0,926		0,559		0,017		0,391		0,071	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 31a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 1-3

		Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Tipo de Diabetes	1	5	22,0	28,9	40,0	54,8	66,4	38,6	52,8	28,5	47,0	29,1	62,5	12,5	60,0	54,8	60,8	34,3	34,4	11,7	45,2	16,2
	2	13	40,8	21,4	15,4	33,1	58,4	21,1	58,2	27,1	45,0	29,0	59,6	22,9	38,5	44,8	51,4	27,6	37,6	9,7	38,1	15,3
	Sig.		0,148		0,181		0,574		0,712		0,897		0,796		0,402		0,551		0,560		0,399	
Años de Diabetes***	10-19	7	42,1	26,7	32,1	47,2	61,3	13,6	62,7	27,8	54,3	27,0	71,4	17,3	38,1	44,8	60,6	27,5	39,8	11,4	41,7	13,6
	≥ 20	7	29,3	22,6	14,3	37,8	72,7	17,2	44,4	28,1	34,3	31,0	55,4	20,2	57,1	53,5	53,1	34,8	33,5	9,3	40,9	20,1
	¿?	4	35,0	26,8	18,8	37,5	38,3	43,2	67,8	18,3	50,0	24,8	50,0	20,4	33,3	47,1	44,0	23,6	37,1	9,5	35,7	11,9
Sig.		0,642		0,295		0,101		0,302		0,413		0,170		0,678		0,681		0,532		0,826		
Estado Civil	Casad	10	43,5	26,5	40,0	47,4	68,7	19,4	62,9	25,3	44,0	31,7	63,8	19,9	46,7	47,7	58,8	33,1	41,0	9,8	39,8	17,3
	No Cas	8	25,6	18,4	0,0	0,0	50,5	30,8	49,0	28,2	47,5	25,1	56,3	21,1	41,7	49,6	48,0	23,2	31,5	7,9	40,4	13,9
	Sig.		0,125		0,024		0,145		0,287		0,802		0,451		0,831		0,447		0,043		0,947	
Estudios	Analb-	12	27,9	21,5	16,7	38,9	61,3	30,0	55,1	26,6	47,5	28,7	60,4	20,5	52,8	50,2	52,7	32,5	34,3	9,0	42,3	17,2
	Primari	6	50,8	24,2	33,3	43,8	59,3	17,7	60,0	29,3	41,7	29,3	60,4	21,5	27,8	39,0	56,7	22,3	41,7	10,9	35,6	11,2
	Sig.		0,057		0,234		0,888		0,725		0,692		1,000		0,303		0,791		0,144		0,400	
Activ. Laboral	Sí	0																				
	No	18	35,6	24,4	22,2	40,1	60,6	26,0	56,7	26,8	45,6	28,2	60,4	20,2	44,4	47,1	54,0	28,9	36,8	10,0	40,1	15,4
	Sig.																					
Nivel Ingresos	Suf-	5,0	22,0	17,5	0,0	0,0	79,8	20,7	51,2	27,1	39,0	25,1	67,5	16,8	80,0	44,7	65,6	32,3	29,5	8,2	50,9	17,6
	Escaso	13,0	40,8	25,2	30,8	44,7	53,2	24,6	58,8	27,4	48,1	29,8	57,7	21,4	30,8	41,9	49,5	27,4	39,5	9,5	35,9	12,9
	Sig.		0,148		0,118		0,049		0,602		0,557		0,373		0,043		0,304		0,054		0,062	
Calefacción	Sí	1	55,0	.	100	.	74,0	.	92,0	.	70,0	.	87,5	.	0,0	.	84,0	.	55,0	.	39,2	.
	No	17	34,4	24,6	17,6	36,2	59,8	26,6	54,6	26,0	44,1	28,4	58,8	19,6	47,1	47,2	52,2	28,7	35,7	9,2	40,1	15,9
	Sig.		0,428		0,066		0,612		0,182		0,388		0,175		0,347		0,298		0,058		0,958	
Pasar frío	Sí	4	28,8	30,1	25,0	50,0	52,3	37,5	50,5	28,4	31,3	36,6	56,3	23,9	25,0	50,0	37,0	38,0	37,3	10,5	31,3	18,0
	No	14	37,5	23,4	21,4	39,0	63,0	23,1	58,5	27,1	49,6	25,5	61,6	19,9	50,0	46,7	58,9	25,3	36,6	10,3	42,6	14,4
	Sig.		0,543		1,000		0,483		0,613		0,262		0,654		0,365		0,190		0,897		0,207	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 31b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 1-3

		Fun. F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vital*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Convivencia	Acomp	11	40,0	28,2	36,4	46,6	62,5	27,7	62,2	23,7	49,5	26,3	64,8	15,6	51,5	48,0	62,5	27,1	38,4	11,3	43,2	14,4
	Sólo	7	28,6	16,3	0,0	0,0	57,6	25,0	48,1	30,9	39,3	31,9	53,6	25,7	33,3	47,1	40,6	28,0	34,1	7,6	35,2	16,8
	Sig.		0,347		0,044		0,705		0,291		0,468		0,264		0,442		0,118		0,387		0,299	
Frecuencia. Rel. Familiares	Día-	17	35,6	25,1	23,5	41,0	61,1	26,7	57,4	27,4	45,3	29,0	61,0	20,7	41,2	46,4	53,4	29,6	37,4	10,0	39,3	15,5
	Espora	1	35,0	.	0,0	.	52,0	.	45,0	.	50,0	.	50,0	.	100,0	.	64,0	.	26,1	.	53,2	.
	Sig.		0,982		0,541		0,745		0,666		0,877		0,611		0,236		0,733		0,288		0,396	
Frecuencia. Rel. Amigos	Diari-	12	33,3	21,4	27,1	44,5	56,9	25,3	59,2	29,0	53,8	29,0	62,5	22,6	36,1	48,1	56,0	30,3	37,4	10,3	40,4	15,5
	Espora	6	40,0	31,3	12,5	30,6	68,0	28,3	51,8	23,2	29,2	19,1	56,3	15,3	61,1	44,3	50,0	28,0	35,6	10,2	39,5	16,7
	Sig.		0,600		0,405		0,411		0,599		0,080		0,553		0,303		0,690		0,731		0,910	
Soledad	≤ 2h	11	39,1	23,5	36,4	46,6	56,9	30,3	67,4	21,4	62,3	19,2	63,6	18,1	51,5	48,0	62,2	27,0	38,5	11,3	44,5	12,7
	>2h	7	30,0	26,5	0,0	0,0	66,4	18,1	40,0	27,0	19,3	17,9	55,4	23,8	33,3	47,1	41,1	28,7	33,9	7,6	33,2	17,8
	Sig.		0,457		0,044		0,466		0,029		<0,001		0,414		0,442		0,135		0,357		0,134	
Confidente	Sí	8	35,6	22,7	40,6	49,9	60,3	27,0	67,1	23,4	56,9	26,0	67,2	21,1	50,0	53,5	69,0	28,3	38,0	12,1	45,9	16,4
	No	10	35,5	26,8	7,5	23,7	60,9	26,6	48,4	27,5	36,5	27,7	55,0	18,8	40,0	43,9	42,0	24,2	35,7	8,5	35,4	13,7
	Sig.		0,992		0,055		0,960		0,145		0,131		0,214		0,668		0,045		0,646		0,161	
Rel. *** Confidente	Conyu	6	54,2	21,3	54,2	51,0	71,8	11,0	79,5	12,5	63,3	21,6	68,8	17,2	55,6	50,2	76,0	19,8	44,4	8,3	46,3	13,6
	Dif.	12	26,3	20,7	6,3	21,7	55,0	29,8	45,3	24,7	36,7	27,5	56,3	21,0	38,9	46,8	43,0	26,7	32,9	8,7	37,0	15,9
	Sig.		0,017		0,009		0,205		0,006		0,055		0,227		0,496		0,017		0,017		0,239	
Cuidador	Sí	17	36,8	24,6	23,5	41,0	59,8	26,6	59,4	25,1	47,6	27,6	61,8	20,0	47,1	47,2	54,8	29,5	37,1	10,2	40,9	15,5
	No	1	15,0	.	0,0	.	74,0	.	12,0	.	10,0	.	37,5	.	0,0	.	40,0	.	31,0	.	25,9	.
	Sig.		0,402		0,541		0,612		0,085		0,203		0,256		0,347		0,632		0,569		0,362	
Rel. *** Cuidador	Conyu	6	54,2	21,3	54,2	51,0	71,8	11,0	79,5	12,5	63,3	21,6	68,8	17,2	55,6	50,2	76,0	19,8	44,4	8,3	46,3	13,6
	Dif.	12	26,3	20,7	6,3	21,7	55,0	29,8	45,3	24,7	36,7	27,5	56,3	21,0	38,9	46,8	43,0	26,7	32,9	8,7	37,0	15,9
	Sig.		0,017		0,009		0,205		0,006		0,055		0,227		0,496		0,017		0,017		0,239	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos no procedentes.

Tabla 31c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 1-3

		Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vital.*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
Edad	n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
	55-64	5	28,0	26,1	40,0	54,8	76,6	17,8	50,8	29,6	36,0	35,1	57,5	20,9	60,0	54,8	53,6	41,7	37,0	10,3	40,5	21,6
64-75	10	36,0	26,2	12,5	31,7	55,5	23,1	54,1	28,0	49,5	26,1	65,0	19,4	36,7	45,7	57,2	23,9	35,3	11,3	41,3	13,6	
≥ 75	3	46,7	16,1	25,0	43,3	51,0	42,7	75,3	12,6	48,3	30,1	50,0	25,0	44,4	50,9	44,0	28,8	41,3	5,3	35,2	14,6	
Sig.		0,603		0,606		0,276		0,434		0,697		0,521		0,691		0,805		0,682		0,848		
A.S. Total	Bajo	2	12,5	3,5	0,0	0,0	69,0	7,1	12,0	0,0	15,0	7,1	56,3	26,5	0,0	0,0	40,0	0,0	30,3	0,9	29,2	4,6
	Bueno	16	38,4	24,3	25,0	41,8	59,6	27,5	62,3	22,6	49,4	27,5	60,9	20,3	50,0	47,1	55,8	30,2	37,6	10,4	41,4	15,8
Sig.		0,162		0,372		0,643		0,007		0,105		0,768		0,163		0,483		0,353		0,304		
A.S. Confidencial	Bajo	0																				
	Bueno	18	35,6	24,4	22,2	40,1	60,6	26,0	56,7	26,8	45,6	28,2	60,4	20,2	44,4	47,1	54,0	28,9	36,8	10,0	40,1	15,4
Sig.																						
A.S. Afectivo	Bajo	1	35,0	.	0,0	.	52,0	.	45,0	.	50,0	.	50,0	.	100	.	64,0	.	26,1	.	53,2	.
	Bueno	17	35,6	25,1	23,5	41,0	61,1	26,7	57,4	27,4	45,3	29,0	61,0	20,7	41,2	46,4	53,4	29,6	37,4	10,0	39,3	15,5
Sig.		0,982		0,541		0,745		0,666		0,877		0,611		0,236		0,733		0,288		0,396		
Apgar familiar	Disfun	4	43,8	37,1	18,8	37,5	55,0	18,6	37,0	28,9	17,5	5,0	56,3	21,7	16,7	19,2	38,0	2,3	38,1	9,0	27,9	3,4
	Funcio	14	33,2	20,8	23,2	42,1	62,2	28,2	62,4	24,3	53,6	26,8	61,6	20,5	52,4	50,2	58,6	31,4	36,4	10,6	43,5	15,8
Sig.		0,462		0,787		0,639		0,095		0,019		0,654		0,189		0,218		0,767		0,073		

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 32a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 4-5

	n	Func. .F**		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Tipo de Diabetes	1	7	26,4	33,4	17,9	37,4	71,9	39,1	36,0	23,2	41,4	30,4	42,9	36,7	28,6	48,8	48,0	28,4	35,0	8,5	34,4	16,1
	2	45	27,2	32,2	11,7	31,8	40,6	31,9	46,0	28,2	41,1	28,9	34,2	28,3	48,1	44,7	55,3	26,0	29,5	9,1	39,9	14,7
	Sig.		0,978		0,347		0,023		0,377		0,979		0,470		0,268		0,498		0,142		0,360	
Años de Diabetes***	10-19	15	40,0	32,6	13,3	35,2	51,9	36,0	53,3	31,7	48,3	32,5	50,0	28,0	60,0	45,8	67,5	23,6	32,1	9,3	45,9	14,6
	≥ 20	21	15,0	28,6	9,5	30,1	46,0	33,4	36,7	25,4	34,3	25,8	26,2	27,4	41,3	45,8	47,0	23,3	28,0	8,8	36,1	15,1
	¿?	16	30,9	31,9	15,6	34,0	36,7	34,3	46,9	24,8	43,4	28,8	33,6	29,1	37,5	43,7	51,5	28,7	31,6	9,4	36,9	13,7
Sig.		0,005		0,724		0,467		0,190		0,336		0,050		0,336		0,057		0,327		0,117		
Estado Civil	Casad	37	29,7	33,1	12,2	31,5	42,8	34,8	44,2	27,5	39,1	30,8	34,1	30,6	44,1	47,2	53,2	26,6	30,6	9,2	38,2	15,1
	No Cas	15	20,7	29,4	13,3	35,2	49,9	33,6	45,7	28,7	46,3	23,3	38,3	26,5	48,9	41,5	57,1	25,5	29,5	9,4	41,7	14,3
	Sig.		0,471		0,847		0,505		0,868		0,415		0,643		0,754		0,632		0,714		0,446	
Estudios	Analb-Primari	19	13,2	22,0	5,3	22,9	44,8	33,8	47,4	26,2	39,2	29,2	34,2	28,8	56,1	44,5	61,5	24,2	25,8	6,9	44,1	16,0
	Superi	20	33,5	33,6	12,5	30,9	56,4	32,9	41,3	30,3	41,8	31,2	37,5	26,9	38,3	43,6	53,2	22,1	33,0	8,5	37,0	12,8
	Sig.	12	40,0	37,5	25,0	45,2	26,8	32,8	47,6	27,1	45,0	26,7	35,4	36,1	41,7	51,5	46,0	34,3	33,3	11,0	35,8	15,9
Sig.		0,040		0,275		0,060		0,743		0,867		0,942		0,457		0,272		0,018		0,214		
Activ. Laboral	Sí	6	73,3	24,4	33,3	51,6	54,2	33,4	44,8	31,3	45,8	31,2	64,6	21,5	72,2	39,0	67,3	20,1	38,2	9,1	45,6	14,1
	No	46	21,1	27,9	9,8	28,6	43,6	34,5	44,6	27,4	40,5	28,8	31,5	28,1	42,0	45,2	52,6	26,5	29,2	8,7	38,4	14,9
	Sig.		0,001		0,170		0,483		0,987		0,677		0,008		0,153		0,197		0,022		0,266	
Nivel Ingresos	Suf- Escaso	18,0	46,4	34,1	27,8	46,1	38,2	32,3	50,4	27,1	47,2	31,4	40,3	33,9	42,6	49,6	56,0	29,1	35,3	9,3	38,1	14,8
		33,0	15,6	25,3	3,8	17,8	46,8	34,5	41,4	28,1	36,7	26,7	31,4	26,0	45,5	43,2	53,0	25,1	27,3	7,8	39,3	15,1
	Sig.		0,001		0,027		0,388		0,273		0,211		0,303		0,831		0,698		0,002		0,769	
Calefacción	Sí	13	35,4	34,2	11,5	28,2	43,8	36,5	45,2	30,1	52,3	30,5	38,5	30,8	48,7	48,3	51,7	29,5	31,8	8,5	39,9	15,0
	No	39	24,4	31,3	12,8	33,9	45,2	34,0	44,5	27,1	37,4	27,7	34,3	29,1	44,4	44,8	55,2	25,3	29,8	9,4	39,0	15,0
	Sig.		0,371		0,479		0,906		0,932		0,108		0,661		0,856		0,681		0,481		0,844	
Pasar frío	Sí	11	16,8	29,2	9,1	30,2	40,5	28,0	39,2	33,9	30,0	20,5	31,8	32,3	42,4	39,7	48,7	27,8	27,6	10,2	37,1	15,7
	No	41	29,9	32,6	13,4	33,1	46,0	36,0	46,1	25,9	44,1	30,2	36,3	28,8	46,3	47,1	55,8	25,8	31,0	8,8	39,8	14,8
	Sig.		0,132		0,543		0,638		0,464		0,150		0,658		0,810		0,430		0,281		0,597	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 32b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 4-5

	n	Funci. F**		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.**		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Convivencia	Acomp	45	29,6	33,5	14,4	34,3	44,3	34,1	46,4	27,0	41,3	30,6	35,6	30,8	46,7	47,4	54,9	27,7	30,9	9,2	39,3	15,7
	Sólo	7	11,4	12,5	0,0	0,0	48,1	37,7	33,1	30,6	40,0	14,4	33,9	17,3	38,1	30,0	50,3	13,0	26,3	7,9	38,8	8,7
	Sig.		0,318			0,231			0,786		0,239		0,911		0,893		0,666		0,666		0,215	
Frecuencia. Rel. Familiares	Día-	38	31,1	34,6	17,1	36,8	43,5	35,7	46,3	26,9	43,4	30,6	34,2	30,6	47,4	45,6	53,2	26,8	31,5	9,6	38,7	15,0
	Espora	14	16,4	21,2	0,0	0,0	48,4	31,0	40,1	29,9	35,0	23,1	38,4	26,2	40,5	45,6	57,4	24,9	27,0	6,9	40,4	14,9
	Sig.		0,333			0,065			0,650		0,472		0,355		0,498		0,631		0,606		0,116	
Frecuencia. Rel. Amigos	Díar.	17	24,4	32,3	19,1	39,1	46,4	32,3	49,9	26,8	52,4	32,0	44,1	32,5	62,7	43,9	59,1	33,2	29,8	9,6	45,3	17,3
	Casi	21	34,0	33,7	10,7	30,2	47,7	36,2	46,8	26,4	35,7	25,7	36,9	29,7	44,4	46,3	54,7	25,0	31,9	8,2	38,0	14,6
	Espor	14	20,0	29,3	7,1	26,7	38,7	35,3	35,1	29,7	35,7	27,3	22,3	20,3	26,2	39,6	48,0	16,9	28,5	10,2	33,6	9,0
Sig.		0,532			0,464			0,740		0,302		0,149		0,112		0,061		0,510		0,561		0,078
Soledad	≤ 2h	30	33,0	33,9	14,2	34,5	41,5	31,6	48,3	24,7	41,0	29,8	36,7	29,9	50,0	46,1	57,1	25,2	30,9	9,2	40,3	15,2
	>2h	22	19,1	28,1	10,2	29,5	49,4	37,8	39,6	30,9	41,4	28,2	33,5	29,0	39,4	44,4	50,5	27,5	29,5	9,2	37,7	14,6
	Sig.		0,123			0,745			0,414		0,265		0,965		0,706		0,388		0,379		0,600	
Confidente	Sí	26	29,8	29,2	13,5	32,6	42,5	34,2	50,1	25,2	45,8	29,5	41,3	30,2	48,7	46,4	60,9	25,2	30,4	8,2	42,4	15,0
	No	26	24,4	35,0	11,5	32,6	47,2	34,8	39,2	29,2	36,5	28,0	29,3	27,6	42,3	44,8	47,7	25,8	30,2	10,1	36,0	14,3
	Sig.		0,550			0,832			0,629		0,155		0,252		0,140		0,614		0,067		0,929	
Rel. *** Confidente	Conyu	35	29,0	32,7	12,9	32,3	42,5	34,7	43,4	26,5	37,3	30,4	36,1	30,3	46,7	47,3	54,4	25,7	30,0	8,6	39,1	15,1
	Dif.	13	29,2	33,8	15,4	37,6	56,0	35,7	52,3	29,0	51,9	25,7	37,5	28,0	41,0	43,4	56,3	25,9	33,6	9,8	39,3	14,2
	Sig.		0,841			0,943			0,240		0,319		0,130		0,824		0,709		0,821		0,226	
Cuidador	Sí	48	29,1	32,6	13,5	33,4	46,1	35,1	45,8	27,2	41,3	29,7	36,5	29,4	45,1	45,9	54,9	25,5	31,0	9,0	39,1	14,7
	No	4	3,8	4,8	0,0	0,0	29,0	16,6	30,5	32,8	40,0	18,3	21,9	27,7	50,0	43,0	47,0	36,1	21,6	6,6	40,2	19,4
	Sig.		0,317			0,683			0,021		0,417		0,454		0,139		0,304		0,145		0,729	
Rel. *** Cuidador	Conyu	35	29,0	32,7	12,9	32,3	42,5	34,7	43,4	26,5	37,3	30,4	36,1	30,3	46,7	47,3	54,4	25,7	30,0	8,6	39,1	15,1
	Dif.	13	29,2	33,8	15,4	37,6	56,0	35,7	52,3	29,0	51,9	25,7	37,5	28,0	41,0	43,4	56,3	25,9	33,6	9,8	39,3	14,2
	Sig.		0,841			0,943			0,240		0,319		0,130		0,824		0,709		0,821		0,226	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos no procedentes.

Tabla 32c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 4-5

		Func..F**		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	55-64	21	37,1	35,6	15,5	35,8	52,3	36,0	40,0	29,3	39,0	28,7	39,3	31,2	50,8	47,9	54,7	28,8	32,1	10,8	39,2	16,2
	64-75	24	22,7	30,8	13,5	33,8	38,9	32,0	49,7	26,9	46,3	31,7	29,2	30,1	45,8	46,9	57,2	26,0	29,2	8,4	40,3	15,0
	≥ 75	7	12,1	14,4	0,0	0,0	42,9	37,1	41,4	25,1	30,0	14,1	44,6	15,9	28,6	30,0	43,4	16,6	28,4	5,8	35,5	10,5
	Sig.		0,176		0,477		0,426		0,484		0,392		0,347		0,540		0,480		0,488		0,762	
A.S. Total	Bajo	16	16,9	28,4	6,3	25,0	58,2	37,3	29,4	26,1	33,8	24,5	28,1	22,1	39,6	44,3	47,8	22,4	28,5	8,4	35,8	13,7
	Bueno	36	31,7	32,9	15,3	35,0	38,9	31,5	51,4	25,7	44,4	30,3	38,5	31,7	48,1	46,1	57,2	27,4	31,1	9,5	40,7	15,3
	Sig.		0,088		0,242		0,060		0,007		0,220		0,240		0,476		0,231		0,361		0,283	
A.S. Confidencial	Bajo	12	12,9	23,2	0,0	0,0	51,8	34,1	30,8	24,4	30,4	18,1	26,0	23,5	30,6	41,3	44,7	21,5	27,6	7,8	33,8	13,8
	Bueno	40	31,4	33,3	16,3	36,1	42,8	34,4	48,8	27,4	44,4	30,8	38,1	30,5	50,0	45,9	57,2	26,9	31,1	9,4	40,8	15,0
	Sig.		0,077		0,096		0,430		0,045		0,143		0,213		0,177		0,147		0,255		0,154	
A.S. Afectivo	Bajo	15	14,0	23,2	6,7	25,8	46,1	37,7	33,4	26,8	34,7	24,5	25,0	23,1	37,8	41,5	45,6	21,1	27,5	7,4	35,4	13,0
	Bueno	37	32,4	33,8	14,9	34,6	44,3	33,3	49,2	26,9	43,8	30,3	39,5	30,7	48,6	46,9	57,8	27,4	31,4	9,6	40,7	15,5
	Sig.		0,133		0,288		0,863		0,060		0,306		0,105		0,429		0,127		0,170		0,243	
Apgar familiar	Disfu.	24	22,5	30,0	9,4	28,4	46,8	35,6	40,3	29,3	43,1	28,4	30,2	28,1	36,1	43,9	50,0	25,5	30,1	9,3	36,6	14,7
	Funci.	28	31,1	33,7	15,2	35,6	43,1	33,6	48,4	25,9	39,5	29,6	39,7	30,1	53,6	45,7	58,0	26,6	30,5	9,1	41,4	14,9
	Sig.		0,389		0,578		0,706		0,295		0,653		0,246		0,168		0,275		0,877		0,255	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

Tabla 33a. Comparación entre variables Clínicas y Sociodemográficas y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 4-5

		Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vital.*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
Tipo de Diabetes	n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
		1	2	30,0	28,3	0,0	0,0	47,0	21,2	62,5	10,6	32,5	31,8	18,8	8,8	50,0	70,7	20,0	17,0	35,5	3,3	27,6
2	16	26,9	23,2	17,2	35,0	22,9	15,6	33,5	29,7	33,8	30,3	46,9	27,6	35,4	41,2	30,8	16,2	30,3	8,7	33,0	12,1	
	Sig.	0,862		0,440		0,062		0,199		0,957		0,181		0,662		0,390		0,435		0,574		
Años de Diabetes***	10-19	7	30,0	20,8	32,1	47,2	23,6	17,5	23,9	23,9	32,9	29,4	46,4	35,1	33,3	38,5	27,4	13,9	31,8	9,7	30,9	14,1
	≥ 20	5	25,0	25,5	0,0	0,0	33,4	22,3	46,0	27,2	39,0	33,2	27,5	10,5	40,0	54,8	26,4	19,3	31,1	7,2	30,9	14,9
	¿?	6	25,8	26,9	8,3	20,4	21,5	13,0	44,0	36,1	30,0	31,5	54,2	24,6	38,9	44,3	34,7	17,5	29,8	9,1	35,4	9,4
	Sig.	0,109		0,221		0,514		0,356		0,890		0,278		0,962		0,660		0,922		0,793		
Estado Civil	Casad	8	29,4	21,5	15,6	35,2	28,6	21,7	34,6	29,5	38,1	34,4	54,7	26,7	29,2	41,5	28,0	18,0	32,5	8,2	32,1	14,7
	No Cas	10	25,5	25,0	15,0	33,7	23,2	13,7	38,4	31,1	30,0	26,2	35,0	26,2	43,3	44,6	30,8	15,3	29,7	8,8	32,6	11,1
		Sig.	0,733		0,855		0,526		0,797		0,577		0,136		0,500		0,726		0,502		0,941	
Estudios	Analf.	12	27,9	25,3	12,5	31,1	27,1	18,3	37,0	27,4	34,6	31,1	44,8	29,4	47,2	46,0	28,7	15,3	30,3	8,0	34,1	12,6
	Prim.	4	25,0	20,4	6,3	12,5	18,3	17,6	28,8	33,3	26,3	18,0	50,0	27,0	25,0	31,9	27,0	16,1	28,9	9,7	30,9	10,4
		Sig.	0,979		0,506		0,623		0,710		0,820		0,591		0,301		0,642		0,396		0,646	
Activ. Laboral	Sí	0																				
	No	18	27,2	22,9	15,3	33,4	25,6	17,3	36,7	29,5	33,6	29,5	43,8	27,5	37,0	42,6	29,6	16,1	30,9	8,4	32,4	12,4
		Sig.																				
Nivel Ingresos	Suf- Escaso	3,0 15,0	50,0 22,7	5,0 22,4	66,7 5,0	57,7 14,0	38,0 23,1	5,2 17,9	32,3 37,6	32,7 30,0	50,0 30,3	42,7 27,0	45,8 43,3	47,3 24,5	66,7 31,1	57,7 38,8	32,0 29,1	12,0 17,1	38,6 29,4	5,8 8,1	35,1 31,8	21,6 10,9
		Sig.	0,056		0,023		0,183		0,787		0,306		0,891		0,195		0,783		0,083		0,687	
		Sig.	0,741		0,440		0,909		0,933		0,352		1,000		0,104		0,692		0,427		0,181	
Pasar frío	Sí	8	18,1	15,6	3,1	8,8	26,0	20,6	26,5	26,3	11,9	12,5	34,4	25,7	16,7	25,2	21,0	14,8	29,0	7,4	24,9	7,1
	No	10	34,5	25,9	25,0	42,5	25,3	15,4	44,9	30,7	51,0	27,7	51,3	27,9	53,3	47,7	36,4	14,3	32,5	9,2	38,4	12,7
		Sig.	0,136		0,299		0,935		0,198		0,002		0,205		0,068		0,040		0,396		0,017	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos desconocidos.

Tabla 33b. Comparación entre variables de Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Mujeres con Wagner 4-5

		Func.F*		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vital.*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Convivencia	Acomp	14	21,1	19,0	8,9	27,0	23,2	18,6	35,3	29,8	36,4	30,7	47,3	26,9	33,3	39,2	28,6	17,7	29,3	7,7	33,2	12,2
	Sólo	4	48,8	24,6	37,5	47,9	34,0	9,1	41,8	32,6	23,8	25,9	31,3	29,8	50,0	57,7	33,0	9,5	36,7	9,3	29,4	14,7
	Sig.		0,028		0,125		0,286		0,712		0,465		0,318		0,507		0,642		0,124		0,603	
Frecuencia. Rel. Familiares	Día-	13	22,3	18,6	7,7	27,7	18,1	13,2	35,5	30,3	41,9	30,0	46,2	28,6	43,6	41,7	32,0	15,3	27,6	6,6	36,5	10,1
	Espora	5	40,0	30,2	35,0	41,8	45,2	9,4	40,0	30,6	12,0	13,5	37,5	26,5	20,0	44,7	23,2	18,2	39,5	6,5	21,7	12,1
	Sig.		0,147		0,030		0,001		0,780		0,050		0,566		0,307		0,314		0,003		0,017	
Frecuencia. Rel. Amigos	Diari-	16	25,0	19,6	14,1	34,1	25,6	17,6	36,6	29,1	33,8	31,4	43,8	27,0	33,3	42,2	29,5	16,8	30,7	7,9	32,0	12,9
	Espora	2	45,0	49,5	25,0	35,4	25,5	21,9	37,5	46,0	32,5	3,5	43,8	44,2	66,7	47,1	30,0	14,1	32,6	15,9	35,3	8,9
	Sig.		0,256		0,385		0,993		0,970		0,957		1,000		0,311		0,969		0,777		0,733	
Soledad	≤ 2h	11	19,1	16,4	18,2	40,5	20,2	14,3	30,4	29,7	37,7	29,4	48,9	30,3	42,4	39,7	29,1	16,3	28,1	8,4	35,3	12,9
	>2h	7	40,0	26,9	10,7	19,7	34,1	19,3	46,7	28,6	27,1	30,8	35,7	22,2	28,6	48,8	30,3	17,1	35,3	6,8	27,8	10,9
	Sig.		0,056		0,803		0,096		0,265		0,475		0,338		0,518		0,884		0,077		0,223	
Confidente	Sí	8	21,9	21,2	15,6	35,2	23,8	14,3	35,5	31,4	40,6	32,8	53,1	28,1	45,8	43,4	35,0	16,7	28,6	8,4	37,8	11,2
	No	10	31,5	24,4	15,0	33,7	27,1	20,1	37,7	29,6	28,0	27,0	36,3	26,0	30,0	42,9	25,2	15,1	32,8	8,3	28,1	12,1
	Sig.		0,392		0,855		0,697		0,881		0,383		0,205		0,450		0,209		0,305		0,098	
Rel. *** Confidente	Conyu	4	33,8	24,6	6,3	12,5	26,0	19,5	30,0	34,6	35,0	37,0	46,9	12,0	16,7	33,3	32,0	19,0	31,7	9,8	30,1	12,4
	Dif.	9	21,1	18,8	11,1	33,3	18,8	14,7	40,4	32,1	46,1	26,5	47,2	31,7	48,1	44,4	30,2	17,7	28,4	6,6	37,2	10,9
	Sig.		0,329		0,624		0,472		0,607		0,547		0,984		0,235		0,873		0,494		0,325	
Cuidador	Sí	13	25,0	20,6	9,6	28,0	21,0	15,8	37,2	31,8	42,7	29,0	47,1	26,6	38,5	42,7	30,8	17,3	29,4	7,4	35,0	11,4
	No	5	33,0	29,9	30,0	44,7	37,6	16,6	35,4	25,8	10,0	14,6	35,0	31,1	33,3	47,1	26,4	13,7	34,8	10,4	25,7	13,6
	Sig.		0,523		0,250		0,067		0,910		0,030		0,420		0,827		0,622		0,239		0,158	
Rel. *** Cuidador	Conyu	4	33,8	24,6	6,3	12,5	26,0	19,5	30,0	34,6	35,0	37,0	46,9	12,0	16,7	33,3	32,0	19,0	31,7	9,8	30,1	12,4
	Dif.	9	21,1	18,8	11,1	33,3	18,8	14,7	40,4	32,1	46,1	26,5	47,2	31,7	48,1	44,4	30,2	17,7	28,4	6,6	37,2	10,9
	Sig.		0,329		0,624		0,472		0,607		0,547		0,984		0,235		0,873		0,494		0,325	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis). *** Se eliminaron para los cálculos los datos no procedentes.

Tabla 32c . Comparación entre variables de Edad y Apoyo Social y las dimensiones de la Calidad de Vida en Varones con Wagner 4-5

		Func..F**		Rol F.**		Dolor C.*		Salud G.*		Vitalidad*		F.Social*		Rol E.*		S.Mental*		C.F.G.*		C.M.G.*		
		n	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	55-64	21	37,1	35,6	15,5	35,8	52,3	36,0	40,0	29,3	39,0	28,7	39,3	31,2	50,8	47,9	54,7	28,8	32,1	10,8	39,2	16,2
	64-75	24	22,7	30,8	13,5	33,8	38,9	32,0	49,7	26,9	46,3	31,7	29,2	30,1	45,8	46,9	57,2	26,0	29,2	8,4	40,3	15,0
	≥ 75	7	12,1	14,4	0,0	0,0	42,9	37,1	41,4	25,1	30,0	14,1	44,6	15,9	28,6	30,0	43,4	16,6	28,4	5,8	35,5	10,5
	Sig.		0,176		0,477		0,426		0,484		0,392		0,347		0,540		0,480		0,488		0,762	
A.S. Total	Bajo	16	16,9	28,4	6,3	25,0	58,2	37,3	29,4	26,1	33,8	24,5	28,1	22,1	39,6	44,3	47,8	22,4	28,5	8,4	35,8	13,7
	Bueno	36	31,7	32,9	15,3	35,0	38,9	31,5	51,4	25,7	44,4	30,3	38,5	31,7	48,1	46,1	57,2	27,4	31,1	9,5	40,7	15,3
	Sig.		0,088		0,242		0,060		0,007		0,220		0,240		0,476		0,231		0,361		0,283	
A.S. Confidencial	Bajo	12	12,9	23,2	0,0	0,0	51,8	34,1	30,8	24,4	30,4	18,1	26,0	23,5	30,6	41,3	44,7	21,5	27,6	7,8	33,8	13,8
	Bueno	40	31,4	33,3	16,3	36,1	42,8	34,4	48,8	27,4	44,4	30,8	38,1	30,5	50,0	45,9	57,2	26,9	31,1	9,4	40,8	15,0
	Sig.		0,077		0,096		0,430		0,045		0,143		0,213		0,177		0,147		0,255		0,154	
A.S. Afectivo	Bajo	15	14,0	23,2	6,7	25,8	46,1	37,7	33,4	26,8	34,7	24,5	25,0	23,1	37,8	41,5	45,6	21,1	27,5	7,4	35,4	13,0
	Bueno	37	32,4	33,8	14,9	34,6	44,3	33,3	49,2	26,9	43,8	30,3	39,5	30,7	48,6	46,9	57,8	27,4	31,4	9,6	40,7	15,5
	Sig.		0,133		0,288		0,863		0,060		0,306		0,105		0,429		0,127		0,170		0,243	
Apgar familiar	Disfu.	24	22,5	30,0	9,4	28,4	46,8	35,6	40,3	29,3	43,1	28,4	30,2	28,1	36,1	43,9	50,0	25,5	30,1	9,3	36,6	14,7
	Funci.	28	31,1	33,7	15,2	35,6	43,1	33,6	48,4	25,9	39,5	29,6	39,7	30,1	53,6	45,7	58,0	26,6	30,5	9,1	41,4	14,9
	Sig.		0,389		0,578		0,706		0,295		0,653		0,246		0,168		0,275		0,877		0,255	

*Se aplicaron Anova. ** Se aplicaron test no paramétricos (U de Mann Whitney o H de Kruskal Wallis)

5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

5.1. REGRESIÓN UNIVARIANTE

El análisis de regresión univariante del Componente Físico Global queda reflejado en la tabla 34, en ella se muestra que el riesgo de encontrarse por debajo del percentil 25 de la distribución en el componente estudiado, es 7,6 veces mayor si se puntúa 4 ó 5 en la escala Wagner en comparación a los pacientes con Wagner 0. El riesgo disminuye a 3 veces si se puntúa en Wagner de 1 a 3.

Los pacientes mayores de 75 años, tiene un riesgo 3,8 veces mayor que los que tienen entre 55 y 64 años. Al mismo tiempo el tener un Apoyo Afectivo *malo* aumenta el riesgo 2,3 veces con respecto a los que lo tiene *bueno*. El nivel de Estudios hace aumentar el riesgo conforme menores sean estos, así los analfabetos o sin estudios, tienen un riesgo 6,4 veces mayor que los que habían estudiado bachillerato o tenían estudios universitarios; y en los pacientes con estudios primarios su riesgo era 3 veces mayor que la referencia citada.

La mayor razón de ventaja (O.R.) se halló en los pacientes activos. Así los inactivos laboralmente, tenían un riesgo 10,2 veces mayor que los activos. Con gran magnitud en el riesgo de puntuar por debajo del percentil 25 de la distribución, estaban los pacientes con ingresos escasos, en concreto su razón de ventaja fue de 7,7 en comparación al grupo con

ingresos suficientes. Finalmente los pacientes que pasaban Frío tenían 2 veces más riesgo que los que no lo padecían.

Tabla. 34 Análisis de Regresión Univariante del Componente Físico Global

	Casos	Controles	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
Wagner 0	8	76		1 ^c		
Wagner 1-3	14	45	0,024	3,0	1,2	7,6
Wagner 4-5	31	39	0,000	7,5	3,2	18,0
Sexo (Mujer)	15	49		1 ^c		
Sexo (Varon)	38	111	0,749	1,1	0,6	2,2
Edad 55-64 años	17	75		1 ^c		
Edad 65-74 años	22	63	0,237	1,5	0,8	3,2
Edad ≥ 75 años	14	22	0,018	2,5	1,2	6,6
Tipo de Diabetes (Tipo 1)	3	30		1 ^c		
Tipo de Diabetes (Tipo 2)	50	130	0,032	1,5	1,1	13,2
Años diabetes 10-19	18	68		1 ^c		
Años diabetes 20-29	11	20	0,112	2,1	0,8	5,1
Años Diabetes >30	10	28	0,509	1,3	0,6	3,3
A. S. Total (bueno)	39	132		1 ^c		
A. S. Total (malo)	14	28	0,160	1,7	0,8	3,5
A. S. Confidencial (bueno)	43	140		1 ^c		
A. S. Confidencial (malo)	10	20	0,251	1,6	0,7	3,7
A. S. Afectivo (bueno)	39	138		1 ^c		
A. S. Afectivo (malo)	14	22	0,036	2,3	1,1	4,8
A. Familiar (Funcional)	37	120		1 ^c		
A. Familiar (disf. grave)	11	25	0,887	1,1	0,4	3,2
A. Familiar (disf. leve)	5	15	0,383	1,4	0,6	3,2
Convivencia (Acompañado)	48	134		1 ^c		
Convivencia (Solo)	5	26	0,228	0,5	0,2	1,5
Fr. familiar (diario)	32	100		1 ^c		
Fr. familiar (casi diario)	13	39	0,914	1,0	0,5	2,2
Fr. familiar (espor.)	8	20	0,631	1,3	0,5	3,1
Fr. amigos (diario)	24	91		1 ^c		
Fr. amigos (casi diario)	16	44	0,387	1,4	0,7	2,9
Fr. amigos (espor.)	13	25	0,099	2,0	0,9	4,4
Soledad (< 2h)	38	106		1 ^c		
Soledad (entre 2 y 12h)	8	40	0,176	0,6	0,2	1,3
Soledad (>12h)	7	14	0,506	1,4	0,5	3,7
Confidente (presente)	30	107		1 ^c		
Confidente (ausencia)	23	53	0,178	1,5	0,8	2,9
Rel Confidente (conyuge)	24	74		1 ^c		
Rel Confidente (hijos/as)	5	21	0,574	0,7	0,3	2,2
Rel Confidente (otros)	1	12	0,203	0,3	0,0	2,1
Cuidador (Presencia)	45	143		1 ^c		
Cuidador (Ausencia)	8	17	0,383	1,5	0,6	3,7
Rel Cuidador (conyuge)	29	87		1 ^c		
Rel Cuidador (hijos/as)	11	41	0,546	0,8	0,3	1,9
Rel Cuidador (otros)	5	14	0,353	0,6	0,2	1,8
Estado Civil (casados)	35	108		1 ^c		
Estado Civil (no casados)	18	52	0,844	1,1	0,6	2,1
Estudios (Univer.+ Bachill.)	4	43		1 ^c		
Estudios (Analfabetos)	4	26	0,001	6,4	2,1	19,6
Estudios (Primarios)	19	68	0,059	1,0	1,0	9,4
Activ. Laboral (Activos)	1	27		1 ^c		
Activ. Laboral (No Activ.)	50	132	0,024	10,2	1,4	77,3
Ingresos (suficientes)	3	40		1 ^c		
Ingresos (justos)	8	46	0,237	2,3	0,6	9,3
Ingresos (escasos)	42	73	0,001	7,7	2,2	26,3
Calefacción (presencia)	9	42		1 ^c		
Calefacción (ausencia)	44	118	0,174	1,7	0,8	3,9
Pasar Frio (Ausencia)	36	30		1 ^c		
Pasar Frio (presencia)	17	130	0,045	2,0	1,0	4,1

C: criterio de referencia.

Con respecto al Componente Mental Global, las cifras del análisis de regresión univariante, se muestran en la tabla 35. Puede observarse que en este componente hay más variables con razón de ventaja (O.R.) significativas.

El puntuar en el Wagner 4 ó 5 eleva el riesgo a 5,2 veces con respecto a puntuar 0. El tener Ingresos escasos también mostró un riesgo significativo (O.R.=2,6) con respecto a los pacientes con ingresos suficientes. Similar cifra de riesgo mostraron las personas con ausencia de Calefacción en casa (O.R.=2,5) y las que pasaban frío habitualmente (O.R.=2,6)

El grupo de Apoyo Social, mostró el mayor número de razones de ventajas significativas. Así el riesgo era 5,3 veces mayor en los pacientes que tenían un Apoyo Confidencial *malo*, en comparación a los que puntuaron *bueno*. El Apoyo Afectivo *malo*, tenía una razón de ventaja 4,7 veces mayor, que su criterio de referencia. El puntuar *malo* en el Apoyo Social Total elevaba el riesgo en 3,8 veces en contraposición a puntuar *bueno*. Además, la mayor razón de ventaja (O.R.=9,4) se obtuvo en los pacientes con disfunción grave en el Apoyo Familiar, con respecto a los pacientes con familias *funcionales*. Si la disfunción era leve el riesgo descendía (O.R.=3,2).

Siguiendo con el Apoyo Social, pero en su vertiente de Relaciones Sociales, el tener contactos esporádicos con el resto de familiares

diferentes a los que se convive, aumenta el riesgo en 3,1 veces, en comparación a tener contacto diario. En igual sentido las relaciones esporádicas con amigos, aumenta el riesgo en 2,8 veces, respecto a su criterio de referencia (diario).

El quedarse solo en casa más de 12 horas, aumenta el riesgo en 5,3 veces si lo comparamos con los pacientes que están menos de 2 horas solos. Y la ausencia de un Confidente obtiene una razón de ventaja de 5,0 en referencia a tenerlo.

Tabla 35 Análisis de Regresión univariante del Componente Mental Global

	Casos	Controles	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
Wagner 0	10	74		1 ^c		
Wagner 1-3	14	45	0,067	2,3	0,9	5,6
Wagner 4-5	29	41	<0,001	8,2	2,3	11,8
Sexo (Mujer)	19	45		1 ^c		
Sexo (Varon)	34	115	0,289	0,7	0,4	1,4
Edad 55-64 años	25	67		1 ^c		
Edad 65-74 años	16	69	0,190	0,6	0,3	1,3
Edad ≥ 75 años	12	24	0,490	1,3	0,6	3,1
Tipo de Diabetes (Tipo 1)	10	23		1 ^c		
Tipo de Diabetes (Tipo 2)	43	137	0,435	1,4	0,6	3,1
Años diabetes 10-19	17	69		1 ^c		
Años diabetes 20-29	7	24	0,740	1,2	0,4	3,2
Años Diabetes >30	12	26	0,155	1,9	0,8	4,5
A. S. Total (bueno)	33	138		1 ^c		
A. S. Total (malo)	20	22	<0,001	1,9	1,9	7,8
A. S. Confidencial (bueno)	36	147		1 ^c		
A. S. Confidencial (malo)	17	13	<0,001	5,2	2,4	12,0
A. S. Afectivo (bueno)	34	147		1 ^c		
A. S. Afectivo (malo)	19	13	<0,001	4,7	2,2	10,0
A. Familiar (Funcional)	26	131		1 ^c		
A. Familiar (disf. grave)	14	22	<0,001	9,4	3,4	25,7
A. Familiar (disf. leve)	13	7	0,004	3,2	1,5	7,1
Convivencia (Acompañado)	42	140		1 ^c		
Convivencia (Solo)	11	20	0,144	1,8	0,8	4,1
Fr. familiar (diario)	26	106		1 ^c		
Fr. familiar (casi diario)	15	37	0,182	1,7	0,8	3,5
Fr. familiar (espor.)	12	16	0,011	3,4	1,3	7,2
Fr. amigos (diario)	22	93		1 ^c		
Fr. amigos (casi diario)	16	44	0,253	1,5	0,7	3,2
Fr. amigos (espor.)	15	23	0,013	2,9	1,2	6,1
Soledad (< 2h)	29	115		1 ^c		
Soledad (entre 2 y 12h)	12	36	0,477	1,3	0,6	2,9
Soledad (>12h)	12	9	0,001	5,3	2,0	13,7
Confidente (presente)	19	118		1 ^c		
Confidente (ausencia)	34	42	<0,001	5,0	2,6	9,8
Rel Confidente (conyuqe)	15	83		1 ^c		
Rel Confidente (hijos/as)	3	23	0,629	0,7	0,2	2,7
Rel Confidente (otros)	1	12	0,473	0,5	0,1	3,8
Cuidador (Presencia)	44	144		1 ^c		
Cuidador (Ausencia)	9	16	0,176	1,8	0,8	4,5
Rel Cuidador (conyuqe)	25	91		1 ^c		
Rel Cuidador (hijos/as)	16	36	0,201	1,6	0,8	3,4
Rel Cuidador (otros)	4	15	0,961	1,0	0,3	3,2
Estado Civil (casados)	33	11		1 ^c		
Estado Civil (no casados)	20	50	0,384	1,3	0,7	2,6
Estudios (Univer.+Bachill)	4	43		1 ^c		
Estudios (Analfabetos)	20	58	0,266	1,7	0,7	4,2
Estudios (Primarios)	24	63	0,175	1,9	0,8	4,5
Activ. Laboral (Activos)	3	25		1 ^c		
Activ. Laboral (No Activ.)	48	134	0,084	3,0	0,9	10,3
Ingresos (suficientes)	6	37		1 ^c		
Ingresos (justos)	13	41	0,217	2,0	0,7	5,7
Ingresos (escasos)	34	81	0,050	2,6	1,0	6,7
Calefacción (presencia)	7	44		1 ^c		
Calefacción (ausencia)	46	116	0,039	2,9	1,0	5,9
Pasar Frio (Ausencia)	34	132		1 ^c		
Pasar Frio (presencia)	19	28	0,006	2,6	1,3	5,3

C: criterio de referencia.

5.2.. REGRESIÓN AJUSTADA POR WAGNER Y EDAD.

Puesto que se utilizaron dos variables dependientes, correspondientes al Componente Físico Global y al Componente Mental Global, se necesitó diseñar dos modelos de regresión correspondientes a sendas variables.

Para los dos modelos una vez que se ajustaron por puntuaciones en Wagner y por Edad, se calcularon las relaciones entre las variables y la calidad de vida. La tabla 36 refleja el modelo final del Componente Físico Global, en ella se muestran los diferentes Odds Ratio de las variables significativas.

Así los pacientes sin Actividad Laboral, tienen 8,4 veces más riesgo que los activos laboralmente. Al mismo tiempo los pacientes con ingresos escasos, están a 5,9 veces más riesgo de puntuar por debajo del percentil 25 de la distribución, que los de renta suficiente.

Tabla 36. Regresión Componente Físico Global , ajustada por Wagner y Edad

	Casos	Controles	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
Sexo (Mujer)	15	49		1 ^C		
Sexo (Varon)	38	111	0,797	1,1	0,5	2,4
Tipo de Diabetes (Tipo 1)	3	30		1 ^C		
Tipo de Diabetes (Tipo 2)	50	130	0,054	1,6	1,0	13,4
Años diabetes 10-19	18	68		1 ^C		
Años diabetes 20-29	11	20	0,907	1,1	0,4	2,8
Años Diabetes ≥ 30	10	28	0,779	0,9	0,4	2,1
A. S. Total (bueno)	39	132		1 ^C		
A. S. Total (malo)	14	28	0,863	0,9	0,4	2,1
A. S. Confidencial (bueno)	43	140		1 ^C		
A. S. Confidencial (malo)	10	20	0,938	1,0	0,4	2,4
A. S. Afectivo (bueno)	39	138		1 ^C		
A. S. Afectivo (malo)	14	22	0,834	1,1	0,5	2,5
A. Familiar (Funcional)	37	120		1 ^C		
A. Familiar (disf. grave)	11	25	0,487	0,7	0,3	1,8
A. Familiar (disf. leve)	5	15	0,337	0,6	0,2	1,8
Convivencia (Acompañado)	48	134		1 ^C		
Convivencia (Solo)	5	26	0,123	0,4	0,1	1,3
Fr. familiar (diario)	32	100		1 ^C		
Fr. familiar (casi diario)	13	39	0,575	0,8	0,3	1,8
Fr. familiar (espor.)	8	20	0,362	0,6	0,2	1,7
Fr. amigos (diario)	24	91		1 ^C		
Fr. amigos (casi diario)	16	44	0,513	0,8	0,3	1,7
Fr. amigos (espor.)	13	25	0,646	1,2	0,5	3,0
Soledad (< 2h)	38	106		1 ^C		
Soledad (entre 2 y 12h)	8	40	0,051	0,4	0,2	1,0
Soledad (>12h)	7	14	0,915	0,9	0,3	2,8
Confidente (presente)	30	107		1 ^C		
Confidente (ausencia)	23	53	0,744	0,9	0,4	1,8
Rel Confidente (conyuge)	24	74		1 ^C		
Rel Confidente (hijos/as)	5	21	0,355	0,6	0,2	1,9
Rel Confidente (otros)	1	12	0,160	0,2	0,0	1,9
Cuidador (Presencia)	45	143		1 ^C		
Cuidador (Ausencia)	8	17	0,288	1,7	0,6	4,6
Rel Cuidador (conyuge)	29	87		1 ^C		
Rel Cuidador (hijos/as)	11	41	0,222	0,6	0,2	1,4
Rel Cuidador (otros)	5	14	0,676	0,8	0,2	2,7
Estado Civil (casados)	35	108		1 ^C		
Estado Civil (no casados)	18	52	0,578	0,8	0,4	1,7
Estudios (Univer.+ Bachiller)	4	43		1 ^C		
Estudios (Analfabetos)	4	26	0,009	1,7	1,5	17,8
Estudios (Primarios)	19	68	0,069	3,1	0,9	10,4
Activ. Laboral (Activos)	1	27		1 ^C		
Activ. Laboral (No Activ.)	50	132	0,050	1,4	1,0	70,7
Ingresos (suficientes)	3	40		1 ^C		
Ingresos (justos)	8	46	0,165	2,8	0,7	11,8
Ingresos (escasos)	42	73	0,007	1,7	1,6	21,3
Calefacción (presencia)	9	42		1 ^C		
Calefacción (ausencia)	44	118	0,333	1,5	0,6	3,6
Pasar Frio (Ausencia)	36	30		1 ^C		
Pasar Frio (presencia)	17	130	0,165	1,7	0,8	3,6

C: criterio de referencia.

Los resultados del Componente Mental Global, se reflejan en la tabla 37. Puede observarse que en este componente son 10 las variables en las que se encuentra significación.

Comenzando de mayor a menor influencia y teniendo presente que todas reflejan la Razón de Ventaja (O.R.) de puntuar en el Componente Mental Global por debajo del percentil 25 de la distribución, nos encontramos con que los problemas en el Apoyo Social acaparan las mayores puntuaciones.

En este sentido las Disfunciones, graves y leves en el Apoyo Familiar, aumentan el riesgo en 8,3 y 2,6 veces respectivamente, siempre que tomemos como referencia a las personas con buen apoyo familiar. En el mismo sentido el tener un Apoyo S. Confidencial *malo* aumenta el riesgo en 4,2 veces que si es *bueno*. Y el Apoyo S. Afectivo *malo* provoca un aumento del riesgo de 3,5 veces si lo comparamos con los pacientes en los que era *bueno*. Con respecto al Apoyo S. Total, que muestra la conjunción del Confidencial y Afectivo, cuando este puntuaba como *malo*, aumenta el riesgo en 2, 8 veces con respecto a los que puntúan como *bueno*.

Siguiendo con el Apoyo Social, pero en su vertiente de relaciones Sociales, cuando los pacientes pasan más de 12 horas de Soledad en sus casas tienen una razón de ventaja de 6,4 veces en comparación a las personas con menos de 2 horas de soledad.

En el grupo de variables correspondientes a la Red Social, la ausencia de una persona en la que confiar sentimientos y preocupaciones, eleva el riesgo en 3,8 veces si la comparamos con las que tienen un confidente.

Con respecto a las variables sociodemográficas, el equipamiento doméstico contra el frío se relacionó con el Componente Mental Global. Se encontró que la ausencia de Calefacción, eleva el riesgo en 2,6 veces con respecto a su presencia. Y el pasar Frío habitualmente en contraposición de no pasarlo, elevaban el riesgo en 2,4 veces. Finalmente y en coincidencia con el Componente Físico Global, la ausencia de Actividad Laboral eleva el riesgo en 4,1 veces con respecto a los que mantienen su actividad laboral.

Tabla 37. Regresión Componente Mental Global, ajustada por Wagner y Edad

	Casos	Controles	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
Sexo (Mujer)	19	45		1 ^C		
Sexo (Varon)	34	115	0,085	0,5	0,3	1,1
Tipo de Diabetes (Tipo 1)	10	23		1 ^C		
Tipo de Diabetes (Tipo 2)	43	137	0,499	0,7	0,3	1,8
Años diabetes 10-19	17	69		1 ^C		
Años diabetes 20-29	7	24	0,241	1,8	0,7	4,5
Años Diabetes ≥ 30	12	26	0,168	1,8	0,8	4,3
A. S. Total (bueno)	33	138		1 ^C		
A. S. Total (malo)	20	22	0,010	2,8	1,3	5,9
A. S. Confidencial (bueno)	36	147		1 ^C		
A. S. Confidencial (malo)	17	13	0,001	4,2	1,8	10,0
A. S. Afectivo (bueno)	34	147		1 ^C		
A. S. Afectivo (malo)	19	13	0,003	3,9	1,5	8,0
A. Familiar (Funcional)	26	131		1 ^C		
A. Familiar (disf. grave)	14	22	<0,001	5,3	2,8	24,6
A. Familiar (disf. leve)	13	7	0,035	2,6	1,1	6,1
Convivencia (Acompañado)	42	140		1 ^C		
Convivencia (Solo)	11	20	0,086	2,2	0,9	5,3
Fr. familiar (diario)	26	106		1 ^C		
Fr. familiar (casi diario)	15	37	0,472	1,3	0,6	2,9
Fr. familiar (espor.)	12	16	0,171	1,9	0,8	4,9
Fr. amigos (diario)	22	93		1 ^C		
Fr. amigos (casi diario)	16	44	0,841	0,9	0,4	2,1
Fr. amigos (espor.)	15	23	0,097	2,1	0,9	5,0
Soledad (< 2h)	29	115		1 ^C		
Soledad (entre 2 y 12h)	12	36	0,649	1,2	0,5	2,8
Soledad (>12h)	12	9	0,001	6,4	2,2	18,7
Confidente (presente)	19	118		1 ^C		
Confidente (ausencia)	34	42	<0,001	3,8	1,8	7,9
Rel Confidente (conyuge)	15	83		1 ^C		
Rel Confidente (hijos/as)	3	23	0,561	0,7	0,2	2,7
Rel Confidente (otros)	1	12	0,357	0,4	0,0	3,2
Cuidador (Presencia)	44	144		1 ^C		
Cuidador (Ausencia)	9	16	0,144	2,0	0,8	5,3
Rel Cuidador (conyuge)	25	91		1 ^C		
Rel Cuidador (hijos/as)	16	36	0,148	1,9	0,8	4,4
Rel Cuidador (otros)	4	15	0,617	0,7	0,2	2,6
Estado Civil (casados)	33	11		1 ^C		
Estado Civil (no casados)	20	50	0,482	1,3	0,6	2,6
Estudios (Univer+Bachill)	4	43		1 ^C		
Estudios (Analfabetos)	20	58	0,489	1,5	0,5	4,2
Estudios (Primarios)	24	63	0,138	2,1	0,8	5,7
Activ. Laboral (Activos)	3	25		1 ^C		
Activ. Laboral (No Activ.)	48	134	0,045	4,1	1,0	16,3
Ingresos (suficientes)	6	37		1 ^C		
Ingresos (justos)	13	41	0,144	2,4	0,7	7,5
Ingresos (escasos)	34	81	0,224	1,9	0,7	5,4
Calefacción (presencia)	7	44		1 ^C		
Calefacción (ausencia)	46	116	0,040	2,6	1,0	6,5
Pasar Frio (Ausencia)	34	132		1 ^C		
Pasar Frio (presencia)	19	28	0,019	2,4	1,2	5,1

C: criterio de referencia.

5.3. MEJOR MODELO DE REGRESIÓN

Tras seleccionar las variables que mostraron razones de ventaja significativas en el ajuste por Wagner y Edad, e incluyendo a estas, se procedió a la búsqueda del "mejor modelo". Las tablas 38 y 39 reflejan los resultados en los Componentes Globales Físico y Mental respectivamente.

En cuanto al Componente Físico Global, el tener una puntuación en Wagner de 4 ó 5, eleva el riesgo en 8,8 veces en comparación a puntuar 0, si el Wagner puntuaba entre 1 y 3, el riesgo descendía 3,3. La inactividad laboral eleva el riesgo en 8,6 veces con respecto a estar activo laboralmente. Y el padecer Diabetes tipo 2, aumenta el riesgo en 3,7 veces con respecto a padecer la diabetes tipo 1.

Tabla 38. Mejor Modelo de Regresión del Componente Físico Global

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Wagner 4-5	2,2	0,5	19,0	<0,001	8,8	3,3	23,5
Wagner 1-3	1,2	0,5	5,1	0,023	3,3	1,2	9,5
No activos laboral.	2,1	1,1	4,1	0,043	8,6	1,1	68,2
Diabetes tipo 2	1,3	0,7	4,0	0,045	3,7	1,0	13,7
Constante	-5,6	1,3	19,2	<0,001	0,0		

En función de lo anterior, el mejor modelo logístico multivariante para el Componente Físico Global, establece que:

$$\text{Logit}(p) = -5,6 + (2,2\text{Wagner}4-5) + (1,2 \text{Wagner}1-3) + (2,1\text{Inactividad Laboral}) + (1,3\text{Diabetes tipo 2})$$

En el Componente Mental Global, el riesgo del Wagner 4 ó 5 es de 4,3 en comparación al Wagner 0. De nuevo la inactividad laboral eleva el riesgo en 4,7 veces. La mayor razón de ventaja fue de 5,4 y correspondió a la disfunción grave en el Apoyo Familiar, respecto a las familias funcionales. El no tener un Confidente eleva el riesgo en 2,5 veces; y en igual magnitud se muestra la razón de ventaja del padecer Frío habitualmente, comparando con no padecerlo.

Tabla 39. Mejor Modelo de Regresión del Componente Mental Físico Global

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Wagner 4-5	1,5	0,5	7,5	0,006	4,3	1,5	12,2
Wagner 1-3	0,7	0,6	1,7	0,190	2,1	0,7	6,5
A. Familiar: Grave	1,7	0,6	7,0	0,008	5,4	1,5	18,7
A. Familiar: Leve	0,6	0,5	1,4	0,237	1,8	0,7	5,0
No activos laboral.	1,5	0,7	4,2	0,040	4,7	1,1	20,2
No Confidente	0,9	0,4	4,1	0,043	2,5	1,0	5,9
Padecer frío	0,9	0,4	5,0	0,026	2,5	1,1	5,7
Constante	-3,8	0,8	22,8	<0,001	0,0		

En función de lo anterior, el mejor modelo logístico multivariante para el Componente Mental Global, establece que:

$$\text{Logit}(p) = -3,8 + (1,5 \text{ Wagner 4-5}) + (0,7 \text{ Wagner 1-3}) + (1,7 \text{ A.Familiar Grave}) + (0,6 \text{ Familiar Leve}) + (1,5 \text{ Inactividad Laboral}) + (0,9 \text{ Ausencia de Confidente}) + (0,9 \text{ Padecer frío}).$$

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha profundizado en la influencia de las variables psicosociales en la Calidad de Vida en los pacientes con pie diabético.

Se han encontrado varios hallazgos interesantes: Se comprueba cómo los pacientes sin lesiones tróficas, mantienen e incluso superan a la población general en sus puntuaciones de Calidad de Vida. Al mismo tiempo, todo induce a pensar, que el Apoyo Familiar y el contar con un Confidente son unos amortiguadores eficaces de las repercusiones del Pie Diabético en la Calidad de Vida. En igual sentido el mantenerse activo laboralmente independientemente de la edad y no pasar frío, parecen disminuir el riesgo de tener una baja Calidad de Vida.

A continuación se discuten los aspectos metodológicos y los resultados hallados.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

El tipo de estudio fue transversal, con lo que no puede establecerse relaciones de causalidad entre las variables. No obstante, dada las características de las mismas, difícilmente pueden manipularse experimentalmente o estudiarse longitudinalmente. Por lo que un diseño de tipo transversal, nos permite acercarnos a la realidad de estos pacientes con grado aceptable de eficiencia ¹¹⁸.

En la comparación de la calidad de vida con los valores de la población española, se optó por utilizar los valores de referencia publicados por Alonso J. et al ¹⁰⁶. Existe otro estudio con valores de referencia para la población española mayor de 60 años ¹²⁰, no obstante se optó por el primero fundamentalmente porque nuestros pacientes tenían 55 o más años y no podíamos comparar los pacientes con edades comprendidas entre 55 y 59 años.

Ya que el número de variables a estudiar superó la veintena, se hizo necesario aumentar el número de pacientes que teóricamente se recomendaba para la población a estudiar. De todas formas, hubo que agrupar algunas categorías de las variables para que el número de pacientes fuese suficiente en el análisis estadístico.

Mediante la realización del análisis multivariante, se controló la influencia de las diferentes variables que podrían actuar con efecto de

confusión o interacción. Ejemplo de ello fue la confusión entre la edad y la actividad laboral, puesto que esta última era más frecuente en el primer grupo de edad de la muestra.

Aparte de los sesgos de confusión e interacción, existen otros sesgos sistemáticos que pueden haber influido en los resultados ¹²¹.

De entre los sesgos de selección que han podido influir se debe destacar el *sesgo de supervivencia*, que se presenta cuando la condición del estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados a ella. Este sesgo pudo estar presente en los diabéticos tipo 1 mayores de 65 años, pues a partir de esa edad, disminuyó marcadamente el número de paciente con esas características. El efecto que este sesgo ha podido tener en los resultados, hace que las conclusiones que determinen el tipo de diabetes como variable predictora, deban ser tomadas con cautela.

Por otra parte, es también necesario considerar la posibilidad de haber cometido el llamado *sesgo de pertenencia*, ya que entre los sujetos estudiados, se presentaron subgrupos que compartían el atributo de estar jubilados y esta condición se relacionaba negativamente con la variable resultado. Sin embargo con el análisis de regresión multivariante y eliminando las posibles confusión entre edad y actividad laboral, se mantuvo la asociación significativa entre el nivel de actividad laboral y la calidad de vida.

No parece que se haya cometido el *sesgo del proceso de selección*, pues aunque los pacientes se seleccionaron consecutivamente durante casi 6 meses, se admitieron a todos los pacientes que cumplieron los criterios de admisión. Tampoco se produjo el *sesgo de admisión* al excluir sólo a 3 pacientes (2 demencias y 1 sordo-mudo). Podría pensarse que siendo el muestreo consecutivo, la negativa a responder por parte de los pacientes pudiera desvirtuar los resultados, pero tampoco se produjo el *sesgo de no respuesta*, ya que todos los pacientes respondieron al cuestionario.

Es también necesario considerar la posibilidad de haber cometido el llamado *sesgo de clasificación*, al asignar a los pacientes a diferentes subgrupos en función de su puntuación en la escala Wagner. No obstante, puesto que los criterios de clasificación estuvieron bien definidos y eran ampliamente conocidos por el personal sanitario, todo hace pensar que de haberse producido el sesgo, éste sería mínimo. Aún así, la posterior agrupación de los pacientes en 3 subgrupos de la escala Wagner, hace muy difícil la presencia del mismo.

En cuanto a los sesgos de medición, pudiera haberse producido el llamado *sesgo de procedimientos o del entrevistador*, por el que él mismo, le prestará más interés a unos pacientes que otros en función de la variable dependiente. No descartando que pudiera haberse cometido, este debería ser mínimo, puesto que la variable dependiente, es un

constructo multidimensional y se exploró con un cuestionario de 36 ítems que había que tratar matemáticamente con posterioridad para averiguar sus valores, por lo que difícilmente pudieran predecirse las respuestas más relevantes.

Tampoco parece que estuviera presente el *sesgo de memoria* en la mayoría de las variables estudiadas, puesto que las preguntas del cuestionario hacían referencia al presente. Únicamente, apareció este sesgo, cuando se indagó la fecha de inicio de la diabetes, si esta no estaba registrada en la Historia Clínica. En este caso y previa comprobación de que la evolución de la diabetes era superior a los 10 años, se procedió a excluir en los análisis estadísticos, los datos ausentes de la variable "años de diabetes".

Pudiera haberse producido un *sesgo de deseabilidad social*, sobre todo en las cuestiones referidas a las relaciones de apoyo y familiares. Es difícil concretar su influencia, pero si se produjo, fue en el sentido contrario a las significaciones encontradas, con lo que estas pudieran tener un mayor valor que el estadísticamente hallado.

En cuanto al *sesgo de falta de sensibilidad de los instrumentos*, todo lleva a pensar que no se ha producido. Se han empleado los cuestionarios más aceptados por la comunidad científica, por su validez, fiabilidad y sensibilidad, para medir la Calidad de Vida y el Apoyo Social. Además se han empleado en múltiples tipos de pacientes mostrando sensibilidad en

sus resultados. En concreto en el cuestionario SF-36, se utilizaron en el análisis de regresión los dos componentes globales, ya que reducen el número de comparaciones estadísticas y presentan una menor variabilidad que las dimensiones específicas, como se ha podido corroborar en este estudio ¹²². Además su correlación con las ocho dimensiones está bien establecida por Ware et al ^{123, 124}.

Dado el tipo de estudio, no pudo aparecer el *sesgo de detección* al no introducirse nuevas metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo del estudio. Tampoco pudo estar presente el *Sesgo de Adaptación*, al no poder cambiarse de grupo los pacientes.

2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1. INFLUENCIA DEL PIE DIABÉTICO EN LA CALIDAD DE VIDA

Las diferencias obtenidas entre las lesiones del Pie Diabético y las dimensiones de la Calidad de vida, son verosímiles desde el punto de vista biológico. Muestran claramente que cuanto más acusadas son las lesiones, peor es la Calidad de Vida. La mayoría de los estudios previos realizados en otros países, indican esta relación ^{3,14,43,46-51}.

En concordancia con las investigaciones realizadas hasta la actualidad, el área física es la más afectada. Los pacientes con Wagner 4-

5 tienen 8,8 veces más riesgo de puntuar bajo en calidad de vida, riesgo que se reduce a 4,3 si evaluamos los componentes mentales en los mismos pacientes ^{46,47}. En los pacientes con Wagner 1-3 el riesgo llega a ser de 3,3 veces de puntuar bajo en la calidad de vida.

Sin embargo, conviene matizar que el sexo del paciente influye significativamente en la Calidad de Vida. En líneas generales las mujeres muestran un menor impacto (18 estratos afectados contra 48 de los varones). Esta variable no se había tenido previamente en cuenta. Así, sólo se estudió la influencia del sexo, en pacientes diabéticos sin complicaciones y contrariamente a nuestros resultados, las mujeres obtenían peores puntuaciones en la Calidad de Vida ^{30,38,55,57,125}. Un único estudio reflejó resultados similares a los nuestros ¹²⁶.

Al poder comparar los resultados por sexo y grupos de edad, con los valores poblacionales españoles, en los hombres cuanta más intensas son las lesiones, más dimensiones se afectan de forma consistente, llegando incluso a tener todas afectadas en el primer y tercer grupo de edad y casi todas en el segundo (8 de 10). De las dimensiones que frecuentemente se afectan en los varones sobresalen la Función Física y Dolor Corporal. Estas dimensiones coinciden con las áreas más afectadas en los estudios previos de calidad de vida, pero sin diferenciarlos por sexo

^{46,47}.

Sin embargo las mujeres mostraron menos impacto sea cual sea su grupo de edad y grado de lesiones. Incluso sorprendentemente tienen mejores valores que la población general, cuando no tienen lesiones tróficas (Wagner 0) y tienen más edad.

En la definición de Calidad de Vida de la O.M.S.¹⁰⁷, se menciona que la valoración de la misma está influida por "...los objetivos, expectativas, valores e intereses de las personas...". Si nos atenemos a esta definición, sólo unas diferentes expectativas en las mujeres de nuestro marco de estudio, en comparación al resto de mujeres españolas, podrían explicar que sus puntuaciones lleguen a superar en 26 de los 30 estratos a las cifras poblacionales e incluso tener diferencias significativas a su favor, en las mujeres de más edad con Wagner 0.

2.2. VARIABLES CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA

La variable clínica que parece tener más influencia es el Tipo de Diabetes. Contrariamente a lo que pudiera esperarse, se ha encontrado que padecer diabetes tipo 2 está asociado con una peor Calidad de Vida. En el análisis bivariante se aprecia que las puntuaciones de los pacientes con diabetes tipo 1 suelen ser superiores, incluso se encuentran asociaciones significativas de esta variable con algunas dimensiones de la Calidad de Vida. Cuando se consultan los resultados del análisis de

regresión, en el mejor modelo, esta asociación se manifiesta con una razón de ventaja de 3,7 a favor de la diabetes tipo 2.

Al no existir estudios que valoren la influencia de esta variable en los pacientes con Pie Diabético, se consultaron las investigaciones que se realizaron con Diabéticos sin esta complicación. En ellas los resultados no son unánimes. Así Redekop W.³⁸ encontró que los pacientes tipo 1 tienen peor Calidad de Vida, siempre que no estén presentes las complicaciones de la diabetes. En el mismo sentido, Jacobson A.⁵⁹ menciona que los pacientes tipo 2 tienen peor calidad de vida cuando están presentes las complicaciones, sin diferenciar entre ellas. Finalmente Todd Coffey J¹²⁷, siempre con estudios de diabéticos sin complicaciones, aun encontrando peor calidad de vida en los tipo 1, no llegó a encontrar diferencias significativas.

Una posible explicación a todo lo anterior, es la mayor consciencia de las complicaciones en los pacientes tipo 1, ya que la falta de autocuidados les lleva a padecerlas rápidamente. Por el contrario el curso silente de la diabetes tipo 2 y la ausencia de estas complicaciones inmediatas ante la falta de autocuidados, pueden hacer que estos pacientes se vean más afectados ante complicaciones que ellos creían poco probables de padecer. Podríamos decir que los pacientes diabéticos tipo 2 tienen un *sesgo optimista*^{128,129}, lo que les llevan a valorar peor la presencia de complicaciones, al tener unas mejores expectativas sobre su

salud. No obstante esta es una hipótesis que debería ser confirmada en investigaciones futuras.

En cuanto al tiempo de evolución de la diabetes, teniendo siempre presente que en un 27,2% de los pacientes no se pudo precisar su fecha de inicio, todo parece indicar que no es una variable que incida en la Calidad de Vida. Los resultados son escasamente significativos e incluso contrapuestos. No hallando significación en el análisis de regresión. Además existieron estratos donde puntuaban mejor los pacientes con más años de evolución. De nuevo no existen estudios sobre esta variable en los pacientes con Pie Diabético, pero en los escasos estudios sobre el tema en diabéticos, los resultados son contradictorios, ya que en unos no se encontró relación entre evolución de la diabetes y la calidad de vida ³², mientras en otros la relación es significativa ³⁸.

2.3.VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA

La primera variable estudiada fue la Edad de los pacientes. Los resultados obtenidos llevan a pensar que no tienen relación con la calidad de vida.

En el análisis bivariante no se hallaron significaciones en varones y cuando se encontraron en mujeres, estas fueron en sentido ambivalente. En algunas dimensiones la calidad de vida aumentó en función de la edad

y en otras disminuyó. Con el análisis de regresión tampoco se encontraron razones de ventaja, por lo que puede opinarse que con los datos que tenemos, nada induce a pensar que exista esta relación. Tampoco los valores poblacionales de referencia del SF-36 ¹⁰⁶ muestran grandes diferencias según los grupos de edad.

Como en las variables previamente comentadas, no se encontraron investigaciones referidas a esta variable en los pacientes con pie diabético, por lo que se consultó la que hacía referencia a los diabéticos. Los resultados encontrados, todos ellos norteamericanos, mostraron la existencia de asociación ^{38,55,130}.

Esta contradicción, puede ser explicada por un ajuste de las expectativas en función de la edad, en la población diana. Ya se comentó como la Calidad de Vida estaba influida por las expectativas vitales. Si disminuyen estas expectativas en función de la edad, y este ajuste es realista, el aumento de limitaciones derivadas de las complicaciones de la diabetes, puede ser evaluado como propio de la edad y no disminuir la percepción de la Calidad de Vida. Obviamente, esta explicación requiere investigaciones que profundicen sobre este aspecto.

La asociación del Estado Civil con la Calidad de Vida, se produjo en muy escasas dimensiones y estratos. No obtuvo significación en la regresión logística y con todas las cautelas propias de una investigación, se puede decir que no guarda relación importante con la Calidad de Vida.

En el estudio de Trief P.^{28,58,60,93} sobre la influencia de las relaciones matrimoniales con la calidad de vida de los diabéticos, tampoco se encontró que el estado civil pudiera predecir la calidad de vida. Sus resultados indican que la calidad del matrimonio, era mejor predictor que su mera existencia. Esta asociación también se encontró en nuestra investigación, como se comentará más adelante.

Una de las observaciones más consistentes en la historia de investigación de salud pública, es el hallazgo de una relación inversa entre el nivel socio-económico y salud⁵⁴. Esta asociación se ha encontrado en todos los indicadores del nivel socio-económico, desde el nivel educativo hasta el nivel de ingresos.

Los resultados obtenidos, sobre el nivel educativo en el presente estudio, son coincidentes con los conocimientos previos en los diabéticos en general^{55,57}. Se encontró que, independientemente de la edad, cuanto más bajo es el nivel de estudios, más alto es el riesgo de puntuar bajo en Calidad de Vida

De estos resultados, puede deducirse que es necesario incidir con programas de educación en los grupos con menores estudios, para prevenir las complicaciones de la diabetes. Estos programas han obtenido excelentes resultados, cuando se ha tenido en consideración esta variable^{131,132}.

Continuando con las variables del ámbito socio-económico, los resultados con respecto a la Actividad Laboral, muestran que es un factor de riesgo para la calidad de vida. Su razón de ventaja, una vez ajustada la edad, oscila entre 8,4 y 4,1 según valoremos los aspectos físicos o emocionales de la calidad de vida. Incluso al realizar el mejor modelo de regresión, las cifras de O.R. ascendieron a 8,6 en los aspectos físicos y 4,7 en los mentales.

El efecto amortiguador de la actividad laboral, en la valoración negativa de la calidad de vida de los pacientes con pie diabético, no ha sido documentado previamente. Tampoco se han encontrado estudios específicos en diabéticos. Únicamente el estudio de Seeman,T ¹³³ sobre pacientes con patologías crónicas, entre ellas la diabetes, ha investigado indirectamente esta variable. Sus resultados están en la misma dirección.

La evaluación de las capacidades propias, en función de las etiquetas sociales, es un fenómeno ya conocido en los estudios de las influencias grupales ¹³⁴. Parece que cuando los pacientes son etiquetados de jubilados, prejubilados, etc., se produce una reorganización de las expectativas personales en distintos ámbitos, entre ellos el de la salud. Dado que en la evaluación de la calidad de vida, se valora la percepción del propio paciente, bien pudiera verse afectada esta por las percepciones sociales. Esta posible vinculación podría ser motivo de investigaciones

posteriores, ya que con los datos de esta investigación no es posible determinar direcciones causales.

Otro aspecto relevante, desde el punto de vista socio-económico, es el Nivel de Ingresos. Tanto en los análisis bivariantes como multivariantes esta variable ha mostrado una importante asociación. En el análisis bivalente se asoció con casi todas las dimensiones de la Calidad de Vida. En el multivariante, una vez ajustado por edad y Wagner, los pacientes con ingresos escasos tienen 5,9 veces más riesgo de puntuar bajo en las dimensiones físicas de la calidad de vida.

El único estudio que exploró esta variable en pacientes con pie diabético encontró idéntica asociación ¹³. Pero al igual que las investigaciones realizadas con diabéticos sin complicaciones, todas están realizadas con pacientes norteamericanos, donde los ingresos tienen una relación directa con el acceso a los servicios sanitarios, con lo que sus conclusiones pueden no ser generalizables a España ^{30,52,53}. No obstante, en todos ellos concluyen que los bajos ingresos están asociados al padecimiento de la diabetes.

Las tres últimas variables pueden estar ejerciendo su influencia en la calidad de vida de forma coordinada. En circunstancias normales, el nivel educativo influye en el deseo de estar activo laboralmente y este determina el nivel de ingresos. De hecho cuando se valora el mejor modelo de regresión, que controla los efectos de confusión e interacción,

solo aparece la Actividad laboral con variable con razón de ventaja significativa.

Dos variables socio-económicas, relacionadas con las anteriores, son la presencia de Calefacción y el padecer Frio habitualmente. El tener Calefacción en casa no se asoció con las dimensiones de la Calidad de Vida, pero sí eleva el riesgo 2,6 veces de encontrarse en el grupo peores puntuaciones en la Calidad de Vida. Este riesgo apoya la significación estadística encontrada entre padecer frío y las bajas puntuaciones en la calidad de vida.

Profundizando en el tema, el padecer frío se asoció con baja calidad de vida en varios estratos y cuando se realizó el análisis de regresión se mostró consistentemente como un factor de riesgo para tener bajas puntuaciones en calidad de vida, llegando a puntuar en el mejor modelo con una O.R. de 2,5. No se han encontrado estudios que tuvieran en cuenta estas variables, ni en pie diabético ni en diabéticos en general. Estos resultados parecen indicar que el equipamiento doméstico contra el frío puede desempeñar un papel importante en la percepción de la Calidad de Vida.

2.4. VARIABLES DE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

En la bibliografía consultada, la variable Apoyo Social ha mostrado resultados contradictorios. En unos se ha asociado con un buen ajuste a la Diabetes ^{56,68,71,74}, mientras en otros no se encuentra asociación ^{80,81,84,86,135}. En los estudios que buscaron la relación entre el Apoyo Social y la Calidad de Vida los pacientes con mayor apoyo social en general, tenían mejor calidad de vida ^{40,65-67}. Pero no existen estudios que investiguen la asociación entre los diferentes componentes del Apoyo Social y la Calidad de vida en pacientes con Pie Diabético.

En los resultados del presente estudio y dentro de estos componentes del apoyo social, el tener un Apoyo Social Afectivo malo aumenta el riesgo en 3,5 veces de puntuar bajo en calidad de vida. Pero dicho componente no estuvo presente en el mejor modelo, por lo que se puede pensar, que es otra dimensión del apoyo social la que explica mejor las diferencias en la calidad de vida.

De forma similar, el Apoyo Social Confidencial malo eleva el riesgo en 4,2 veces, si lo comparamos con los pacientes con un buen apoyo, pero tampoco estuvo presente en el mejor modelo de regresión. Ahora bien, la presencia de un Confidente mostró una O.R. de 3,8 cuando se ajustó por Wagner y edad y además estuvo presente en el mejor modelo con una O.R. de 2,5.

En consecuencia, parece que la posibilidad de contar con una persona en quien confiar íntimamente, es bastante relevante dentro del constructo del Apoyo Social; independientemente del aprecio que se reciba o de contar con muchas personas a las que comunicar aspectos personales o íntimos.

En este sentido cuando se valoró la asociación entre vivir sólo o acompañado y la calidad de vida, nuestros resultados apenas muestran asociaciones significativas, y las escasas asociaciones no son consistentes en ninguna dimensión de la calidad de vida. Incluso cuando se analizó el riesgo de puntuar por debajo del percentil 25 de la distribución, tampoco se mostró como un factor de riesgo.

Igualmente, la frecuencia de contactos con familiares no se asoció con la calidad de vida en varones y apenas en mujeres (sólo en Wagner 4-5). Y la frecuencia de contactos con amigos se asoció en un estrato de los sesenta posibles. Además, ninguna de las variables anteriores mostraron ser factores de riesgo en el análisis de regresión, una vez que se ajustó por Wagner y edad.

Corroborando la importancia de contar con un confidente, cuando se analizaron los resultados del Apoyo familiar, nos encontramos con que la disfunción familiar grave, provoca un riesgo 8,3 veces mayor que si la familia es funcional. Incluso los pacientes con disfunción familiar leve, tienen 2,6 veces más riesgo de puntuar bajo en la calidad de vida. Estos

resultados coinciden con los estudios previos sobre esta variable en diabéticos ^{58,59,93-97}. No existían estudios sobre pacientes con pie diabético.

En nuestro medio y en las edades de los pacientes estudiados, la familia suele ser el sistema de apoyo más frecuente y el mayor proveedor de confidentes. Es lógico por tanto, que su disfunción, junto con la ausencia de confidente, afecte a la calidad de vida percibida.

Cuando se estudió, qué miembro de la familia era el mejor confidente, las únicas asociaciones significativas indicaron que es el cónyuge, lo que dada las edades de los pacientes es socialmente verosímil.

Como se mencionó más arriba, Trief, T. ^{28,58,60,93} diferenciaba entre la existencia del matrimonio y la calidad del mismo, decantándose por este último aspecto como una variable a tener en cuenta en la calidad de vida. En la bibliografía consultada sobre pacientes diabéticos, se insiste en la importancia de la cohesión familiar, la intimidad familiar y la comunicación íntima, para un buen ajuste a la enfermedad ^{28,71,93,94,96,97,136,137}. Incluso en sentido inverso, un apoyo familiar negativo fue predictor de un mal control de la diabetes ⁹⁰.

En cuanto a la amplitud de las relaciones con familiares y amigos, se encontró un único estudio sobre pacientes diabéticos. Sus conclusiones indican que la amplitud de contactos familiares no se asocia con tener un

buen autocuidado de la diabetes ⁷⁵. Sin embargo los estudios longitudinales de grandes poblaciones, llevados a cabo a partir de los años 80 hasta nuestros días ¹³⁸⁻¹⁴², indican que la densidad de la red social se relaciona con las tasas de mortalidad. En dichos estudios no se diferenciaba entre cantidad de relaciones y calidad de las mismas, pareciendo ser estas últimas las más importantes ^{28,58,60,93}.

Aun manteniendo el argumento de que lo importante es la calidad de los contactos personales, cuando estos escasean mayoritariamente a lo largo del día, se produce un aumento del riesgo de tener bajas puntuaciones en la calidad de vida. La razón de ventaja hallada, en los pacientes que están más de 12 horas solos en sus casas es de 6,4 en comparación a los pacientes que están menos de 2 horas solos, una vez ajustada por Wagner y edad. Esta influencia no fue significativa en el mejor modelo de regresión, donde sí estaban presentes el Apoyo Familiar y la presencia de un Confidente. Además en el análisis bivariante se encontraron pocos estratos con asociación. Por lo que todo lleva a pensar que es la calidad de los contactos personales, más que la cantidad lo relevante en la percepción de la Calidad de Vida.

No se han encontrado investigaciones que estudien esta variable, salvo indirectamente la referida a los contactos familiares ⁷⁵, por lo que sería interesante investigar la influencia diferencial de la cantidad y calidad de las relaciones familiares, en la calidad de vida.

Finalmente, la existencia de un cuidador no se mostró como una variable predictora de la calidad de vida. Incluso en el análisis bivalente cuando se asoció significativamente, la dirección de la asociación era contradictoria en función de las dimensiones de la calidad de vida y del tipo de lesión. Al igual que con las relaciones con el confidente, el cónyuge es la persona que se asocia significativamente como cuidador.

Estos datos vuelven a indicar que el apoyo emocional se asocia con mayor frecuencia con la calidad de vida y que el apoyo material o instrumental, incide menos en la percepción de la calidad de vida, que en el control de la diabetes.

Si quisiéramos realizar un perfil del paciente con más riesgo de tener baja Calidad de Vida, este sería: varón, diabético tipo 2, con Wagner 4 ó 5, sin una familia que le apoye emocionalmente, sin un confidente, no activo laboralmente, que pasa frío habitualmente, con bajo nivel educativo y escasos ingresos.

CONCLUSIONES

1. En los pacientes con pie diabético, cuanto más acusadas son las lesiones tróficas, peor es la Calidad de Vida en comparación a la población general.
2. Las pacientes con pie diabético sin lesiones tróficas, tienen mejor calidad de vida que las mujeres de su edad en la población general.
3. Las mujeres con lesiones tróficas del pie diabético, tienen menos impacto en la Calidad de Vida que los varones en su misma situación, sea cual sea su edad.
4. La edad no es una variable que tenga influencia en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético. Posiblemente se produce un ajuste realista de las expectativas de los pacientes.
5. Los pacientes diabéticos tipo 2, tienen peor Calidad de Vida que los pacientes tipo 1, independientemente de su edad y grado de lesión. Se requieren programas de educación y concienciación para estos pacientes, dado el curso silente de la diabetes en los mismos.
6. Los pacientes con bajo nivel educativo, o ingresos escasos, o que pasan frío habitualmente, son pacientes con más riesgo para perder calidad de vida. Se debe realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes una vez que entren en los programas de pacientes diabéticos de Atención Primaria.

7. La pérdida de actividad laboral, sea cual sea la edad, entraña el mismo riesgo de perder Calidad de Vida que el tener las más graves lesiones en los pies. En la medida de lo posible, los pacientes deben seguir en activo laboralmente, al mismo tiempo que se les debe hacer ver la importancia de tal medida.
8. Las disfunciones familiares graves, implican un riesgo elevado para perder Calidad de Vida, en los pacientes con pie diabético. Se deberían realizar programas de atención socio-sanitaria dirigidos a las familias con problemas, en vez de centrarlos únicamente en los pacientes.
9. El tener un confidente, es el mejor componente del Apoyo Social para mantener la Calidad de Vida. Su ausencia, eleva el riesgo de perderla en 3,8 veces. Aun no pudiendo llegar al grado de confidente, el personal sanitario debería manejar abundantemente la empatía en sus relaciones con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard. Consenso de la SEACV sobre Pié Diabético [En línea]. URL disponible en: <http://www.seacv.org/revista/ConsensoDiabetes.htm>
2. Oyibo S, Jude E, Tarawneh I, Nguyen H, Harkless L, Boulton A. A Comparison of Two Diabetic Foot Ulcer Classification Systems: The Wagner and the University of Texas wound classification systems. *Diabetes Care* 2001; 24 (1): 84-88
3. Ragnarson Tennvall G; Apelqvist J. Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Diabetes Complications* 2000; 14 (5): 235-241
4. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
5. Cabezas J. The prevalence of clinical diabetic polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups: Neuropathy Spanish Study Group of the Spanish Diabetes Society (SDS). *Diabetologia* 41: 1263 -1269, 1998
6. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten Primaria* 2002; 29: 517 - 521
7. Soriguer-Escofet F, Esteva I, Rojo G, Ruiz deAdana S, Catala M, Merelo MJ, et al. Prevalence of latent autoimmune diabetes of

adults (LADA) in Southern Spain. *Diabetes Res Clin Pract* 2002; 56: 213-20.

8. Ibáñez V. Estudio de prevalencia de la enfermedad vascular periférico en una población diabética no insulín dependiente. *Angiología* 1993; 2: 68-78.
9. La diabetes afecta a unos 2,5 millones de españoles, cifra que se duplicará de aquí al año 2025. *Jano* [En línea] 20 de octubre de 2003. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=29284>
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26 (S): 33-50
11. Grupo Diabetes SAMFyC. Epidemiología.[En línea]. 2000 (26 de diciembre). URL disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/epidem-1.htm>
12. La mitad de los casos de diabetes tipo 2 en España no están diagnosticados. *Jano* [En línea] 24 de octubre de 2003. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=29382&mail=Si>
13. Boyko EJ, Ahroni JH, Stensel V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer. The Seattle Diabetic Foot Study. *Diabetes Care* 1999; 22 (7): 1036-1042.

14. Sutton M, McGrath C, Brady L, Ward J. Diabetic foot care: assessing the impact of care on the whole patient. *Practical Diabetes Int* 2000; 17 (5): 147-151
15. Harness N, Pinzur MS. Health Related Quality of Life in Patients With Dysvascular Transtibial Amputation. *Clin Orthop* 2001; 238: 204-207.
16. Calle-Pascual A, Garcia-Torre N, Moraga I, Diaz J, Duran A, Moñux G, et al. Epidemiology of Nontraumatic Lower-Extremity Amputation in Area 7, Madrid, Between 1989 and 1999. *Diabetes Care* 2001; 24 (9):1686-1689.
17. Statius I, de Grauw W, van Gerwen W, Bartelink ML, van den Hoogen H, Rutten G. Foot Ulceration and Lower Limb Amputation in Type 2 Diabetic Patients in Dutch Primary Health Care. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 570-574.
18. American Diabetes Association. Preventive Foot Care in People With Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: S78-S79
19. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 550-556
20. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002; 44: 349-361.
21. Rebollo P, González M, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de

pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. Nefrología [En línea] 2000; XX (5). URL disponible en: <http://www.aulamedica.es/nefrologia/nefro5-00/orig3e.htm>

22. Badía X, Guerra L, García L, Podzamczar D. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y sida. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 739-744
23. Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2000; 53 (4): 359-365.
24. Herdman M., Baró E. La medición de la calidad de vida: Fundamentos teóricos. En Badía X., Podzamczar D. *Calidad de vida asociadas a la salud e infección por VIH*. Madrid: Jarpyo Editores; 2000. p 19-33
25. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp B. The Network of Psychological Variables in Patients With Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care* 2002 25 (1): 35-42
26. Shen W, Kotsanos J; Huster W, Mathias S, Andrejasich C, Patrick D. Development and validation of the Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire. *Med Care*. 1999 Apr; Vol 37(4, Suppl, Lilly): AS45-AS66

27. Clairborne N, Massaro E. Mental quality of life: An indicator of unmet needs in patients with diabetes. *Soc Work Health Care* 2000; 32 (1): 25-43
28. Trief P, Wade M, Dee Britton K, Weinstock R. A Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (7):1154-1158
29. Zelinski E; Crimmins E; Reynolds S; Seeman T. Do Medical Conditions Affect Cognition in Older Adults?. *Health Psychol* 1998; 17 (6): 504-572.
30. Camacho F, Anderson RT, Bell RA, Goff DC, Duren-Winfield V, Doss DD. Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Qual Life Res* 2002; 11 (8): 783-796.
31. Caldwell E, Baxter J, Mitchell C, Shetterly, Hamman R. The association of non-insulin-dependent diabetes mellitus with perceived quality of life in a biethnic population: The San Luis Valley Diabetes Study. *Am J Public Health* 1998; 88 (8): 1225-1229
32. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15 (3): 205-18
33. Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin-dependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. *J Psychosom Res* 1990; 34 (1): 1-11

34. Bradley C, Todd C, Todd C, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res* 1999; 8 (1-2): 79-91.
35. Antuña de Alaíz RM, Hirsch A. Calidad de Vida en diabéticos tipo 1: Comparación entre Multidosis de insulina y Bomba Externa de Insulina [En línea]. URL disponible en: http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/02_educacion/intro.htm
36. Linkeschova R, Raoul M, Bott U, Berger M, Spraul M. Less severe hypoglycaemia, better metabolic control, and improved quality of life in Type 1 diabetes mellitus with continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) therapy; an observational study of 100 consecutive patients followed for a mean of 2 years. *Diabet Med* 2002; 19 (9): 746 - 751
37. Rose M, Burkert U, Scholler G, Schirop T, Danzer G, Klapp B. Determinants of the quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care* 1998; 21 (11): 1876-1885
38. Ken Redekop W, Koopmanschap MA, Stolk R, Rutten G, Wolffenbuttel B, Niessen LW. Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2002, 25 (3): 458-463

39. Thiagarajan K. Stress, social support, problem-solving coping, acceptance of diabetes and self-management as predictors of metabolic control and quality of life among adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1998; 59 (6 B): 2688
40. Aalto A, Uutela A, Aro A. Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Educ Couns* 1997; 30 (3): 215-225
41. Gilden J, Casia C, Hendryx M, Singh SP. Effects of Self-Monitoring of Blood Glucose on Quality of Life in Elderly Diabetic Patients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:511-515.
42. Hahl J, Hämäläinen H, Sintonen H, Simell T, Arinen S, Simell O. Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long-term complications. *Qual Life Res* 2002; 11 (5): 427-436.
43. Lloyd CE, Matthews KA, Wing RR, Orchard TJ. Psychosocial factors and complications of IDDM. The Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study VIII. *Diabetes Care* 1992; 15 (2): 166-172.
44. Hirsch A, Bartholomae C, Volmer T. Dimensions of quality of life in people with non-insulin-dependent diabetes. *Qual Life Res* 2000; 9 (2): 207-218

45. U.K. Prospective Diabetes Study Group (UKPDS 37). Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control. *Diabetes Care* 1999; 22 (7): 1125-1136,
46. Lloyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of Long-Term Complications on Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes not Using Insulin. *Value Health* 2001; 4 (5): 392-400
47. Meijer J, Trip J, Jaegers S, Links T, Smits A, Groothoff J, et al. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *Disabil Rehabil* 2001; 23 (8): 336-340
48. Reiber G, Lipsky B, Gibbons G. The burden of diabetic foot ulcers. *Am-J-Surg*. 1998; 176 (2A Suppl): 5S-10S.
49. Ragnarson Tennvall G. The Diabetic Foot. Costs, health economic aspects, prevention and quality of life [Tesis doctoral]. Lund University Dissertation Abstracts. Lund, Sweden. 2001
50. Peters E, Childs M, Wunderlich R, Harkless L, Armstrong D, Lavery L. Functional Status of Persons With Diabetes-Related Lower-Extremity Amputations. *Diabetes Care* 2001; 24 (10): 1799-1804
51. Wound Healing Research Unit, University of Wales College of Medicine, Cardiff, Wales, UK. The Impact of Foot Complications on Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetes. *J Cutan Med Surg* 2000; 4 (1): 45-50.

52. Wrobel J, Mayfield J, Reiber G. Geographic Variation of Lower-Extremity Major Amputation in Individuals With and Without Diabetes in the Medicare Population. *Diabetes Care* 2001; 24 (5): 860-864
53. Lavery L, Armstrong D, Wunderlich R, Tredwell J, Boulton A. Diabetic Foot Syndrome. Evaluating the prevalence and incidence of foot pathology in Mexican Americans and non-Hispanic whites from a diabetes disease management cohort. *Diabetes Care* 2003; 26 (5): 1435-1438
54. Regidor E, Barrio G, de la Fuente L, Domingo A, Rodriguez C, Alonso J. Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 75-82
55. Glasgow R, Ruggiero L, Eakin E, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997; 20 (4): 562-567.
56. Glasgow R, Toobert D, Gillette C. Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 33-41
57. Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 79-86

58. Trief P, Himes C, Orendorff R, Weinstock R. The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24 (8): 1384-1389, 2001
59. Jacobson A, Groot M, Samson J. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care* 1994; 17 (4): 267-274.
60. Trief P, Wade M, Dee Britton K, Weinstock R. A Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (7): 1154-1158.
61. García MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Universidad de Malaga [En línea]. URL disponible en : <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>
62. Barrón, A. Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI; 1996.
63. Calvo F, Alemán JM, Alemán S, Ojeda B. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo psicosociales de las enfermedades cardiovasculares: El patrón de conducta tipo A y el síndrome AHÍ en la comunidad canaria. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos; 2002

64. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin B, Gwaltney Jr JM. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA* 2001; 277 (24): 1940-1944.
65. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26 (5): 1468-1474
66. Gilden J, Hendryx M, Clarr S, Casia C, Singh SP. Diabetes Support Groups Improve Health Care of Older Diabetic Patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 147-150
67. García Pérez AM, Leiva Fernández F , Martos Crespo F ,García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia (And)* 2001; 2: 29-34
68. Willoughby D. The influence of psychosocial factors on women's adjustment to diabetes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1996; 56 (8-B): 4247
69. Thomas J. Social support and the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2002; 63 (2 B): 1051
70. Penninx B, van Tilburg T, Boeke A, Deeg D, Kriegsman D, van Eijk J. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on

Depressive Symptoms Different for Various Chronic Diseases?.
Health Psychol 1998; 17 (6): 551-558

71. Willoughby DF, Kee C, Demi A. Women's psychosocial adjustment to diabetes. J Adv Nurs 2000; 32 (6): 1422-1430.
72. Lehman L. Health beliefs, locus-of-control, and social support as predictors of dietary adherence in adults with diabetes. Dissertation Abstracts International 1988; 48 (12-B, Pt 1): 3683
73. Kutz D. A model of adherence in type 2 diabetes mellitus: The role of psychosocial factors. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2000; 60 (8 B): 4231
74. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Diabetes Care 1986; 9 (6): 614-622.
75. Chas Skinner T, John M, Hampson S. Social Support and Personal Models of Diabetes as Predictors of Self-Care and Well-Being: A Longitudinal Study of Adolescents With Diabetes. J Pediatr Psychol 2000; 25 (4): 257-267.
76. Linton Weiss N. Social support and non-insulin dependent diabetes mellitus: A multidimensional approach. Dissertation Abstracts International 1991; 51 (10-B): 5074

77. Hellmann A. Effects of a social support group as an adjunct to diabetes education on metabolic control and psychosocial outcomes. *Dissertation Abstracts International* 1991; 51 (11-A): 3639
78. Williams KE, Bond MJ. The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychol Health Med* 2002; 7 (2): 127-141.
79. Gleeson Kreig J, Bernal H, Woolley S. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Among a Hispanic Population. *Public Health Nur.* 2002; 19 (3): 215-222.
80. Crabtree M. Self-efficacy and social support as predictors of diabetic self-care (health beliefs, behavior, chronic illness, social learning theory, model testing). *Dissertation Abstracts International* 1986; 47(6-B): 2369
81. Hoffman S. Life stress, social support, coping behavior, and the course of diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International* 1990; 51 (6-B): 3133
82. Wick P. The relationships among stress, social support, and adherence with metabolic control in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Dissertation-Abstracts-International* 1991; Vol 51 (12-B, Pt 1): 6157

83. Rodriguez M. The effect of a diabetes education program on social support, diabetes knowledge level, blood glucose level, and weight among noninsulin-dependent diabetics. *Dissertation Abstracts International* 1992; 53 (2-A): 416
84. Vaughan V. Social support, psychosocial adaptation, and glycemic control in non-insulin dependent diabetic African-American and Caucasian women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1996; 57 (1-B): 0767
85. Kleinman L. The relationship between psychological factors and diabetes control. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000; 61 (5 B): 2766
86. Karkashian C. A model of stress, resistance factors and disease-related health outcomes in patients with diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000; 60 (12 B): 6413
87. Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K. Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. *Patient Educ Couns* 2002; 48 (2): 139-145
88. Groeneveld Y, Petri H, Hermans J, Springer M. An assessment of structured care assistance in the management of patients with type 2 diabetes in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19 (1): 25-30

89. Alvarez R, Sánchez A, García J, Díez AM, Rodríguez R, Lacayo M, et al. Percepción de apoyo social entre diabéticos adultos en una población rural de Sevilla. *Psiquis*, 1997; 18 (5): 192-196
90. Brogdon L. The relationship among stress, health locus of control, family support, and health beliefs and attitudes as predictors of compliance in Type I diabetics. *Dissertation Abstracts International* 1989; 50 (1-A): 99
91. Holvey E. The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Dissertation Abstracts International* 1990; 50(8-A): 2432
92. Jansà M, Vidal M, Yoldi C, Yago G, Conget I, Recasens M, et al. Programa de educación terapéutica (ET) dirigido a pacientes/familia que inicien infusor de insulina (CSII).[En línea]. URL disponible en: <http://www.feaed.org/cursosycongresos/congreso2002cadiz/pdf/F.pdf>
93. Trief P, Grant W, Elbert K, Weinstock R. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21 (2): 241-245
94. Rajaram S. Quality of life and family dynamics among people with type 1 diabetes. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 1994; 54 (9 A): 3598

95. Cardenas L, Vallbona C, Baker S, Yusim S. Adult onset diabetes mellitus: glycemic control and family function. *Am J Sci Med* 1987; 293: 28–33.
96. Garay ME, Nara LE, Malacara JM, Huerta R, Diaz de Leon J, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with NIDDM. *J Diabetes Complications* 1985; 9: 81–86.
97. Primomo J, Yates BC, Woods NF. Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types of adjustment. *Res Nurs Health* 1990; 13: 153–161.
98. Skinner T, Hampson S. Social support and personal models of diabetes in relation to self-care and well-being in adolescents with type I diabetes mellitus. *J Adolesc* 1998; 21 (6): 703-715
99. Dai Y. The effects of family support, expectation of filial piety, and stress on health consequences of older adults with diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 1996; 56 (12-B) : 6670
100. Swanson-Hyland E. The influence of spousal social support on psychological and physical health among persons with type ii diabetes mellitus: A test of the optimal matching model of social support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1997; 57 (12 B): 7778

101. La Greca A, Bearman K. The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version: Evaluating Adolescents' Diabetes Specific Support From Family Members. *J Pediatr Psychol* 2002; 27 (8): 665-676
102. Rosenblatt M. Predictive value of social support on survival in Type II diabetic patients with end-stage renal disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and-Engineering* 1997; 57 (10-B): 6173
103. Nagel R. Depression, social support, threat of diabetes, physical functioning, and demographic variables of patients with type 2 diabetes: An examination of three predictive models. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2001; 61 (7 B): 3502
104. Connell C, Davis W; Gallant M; Sharpe P. Impact of Social Support, Social Cognitive Variables, and Perceived Threat on Depression Among Adults With Diabetes. *Health Psychol* 1994; 13 (3): 263-273.
105. Subdirección Sistemas de Información y Evaluación (ed.). *Memoria 2002 Hospitales Universitarios Virgen del Rocío*. Sevilla: Novograf; 2003
106. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del

- Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc) 1998; 111 (11): 410 - 416.
107. Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization projet to develop a Quality of Live assessment instrument (WHOQOL). Qual. Fife Res 1993; 2: 153-159
108. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 2000 [En línea]; URL disponible en:
<http://www.imim.es/QofLWeb/FormQofL.aspx?Mode=Ins&FormType=SF-36>
109. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL. Validez interna y externa de la versión española del SF-36. Med Clin (Barc) 1999; 113 (1): 37
110. Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Vilagut G, Broquetas J, Roca J, et al. Testing the Measurement Properties of the Spanish Version of the SF-36 Health Survey Among Male Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Clin Epidemiol 1998; 51 (11): 1087-1094.
111. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario de Salud SF-36. Barcelona: Edimac; 2002.

112. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996. Volumen 18 - Número 4 p. 153 - 163
113. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289 - 296
114. Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García A, Sánchez de la Cuesta F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medifam. [En línea]. 2001; 11 (9): 44-53. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1131-5768.
115. De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. Aten Primaria 1990; 7 (11): 710-712
116. Marrugat, J., Vila J., Pavesi, M., Sanz, F. Estimación del tamaño de la muestra en investigación clínica y epidemiológica. Med Clin (Barc) 1998; 111: 267-276
117. Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. Statiscal Issues Encountered in the Comparision of Health-Related Quality of Life in Diseased Patiens to Publisher General Population Normas: Problems and Solutions. J Clin Epidemiol 1999; 52: 405-412

118. Burgos R. (ed). Metodología de Investigación y escritura científica en clínica. Granada: EASP; 1998.
119. Sánchez-Cantalejo E. Regresión Logística en Salud Pública. Granada: EASP; 2000.
120. López-García E, Banegas J, Graciani A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 2003; 120 (15): 568 - 573.
121. Universidad Católica de Chile. Los sesgos más frecuentes.[En línea]. 2004 URL disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod4.htm>
122. Mishra G, Schofield MJ. Norms for the physical and mental health component summary scores of the SF-36 for young, middle-aged and older Australian women. Qual Life Res 1998; 7: 215-220.
123. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparisons of the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the medical outcomes study. Med Care 1995; 33 (4, Supplement): AS264-AS279.
124. Ware JE, Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Braz J, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries:

- results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1167-70.
125. Carral San Laureano F, Olveira Fustera G, Ramos Díaz I, García García-Doncel L, Failde Martínez I, Aguilar Diosdado M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. *Endocrinología y Nutrición*. 2000; 47 (4): 108 - 112
126. Fernández-López JA, Orozco-Beltrán D, Rancaño-García I, Hernández-Melía R. Evaluación de la Calidad de Vida en un grupo de enfermos de Diabetes Mellitus atendidos en un centro de salud. SVMFYC [En línea] 1999; 6. URL disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/Num6-1999/indiceN6.html>
127. Todd Coffey J, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei B, et al. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002 25 (12): 2238-2243
128. Brannon L, Feist J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo; 2001.
129. Nieto J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. *Psicología para las Ciencias de la Salud*. Madrid: McGraw-Hill; 2004.
130. Adler A, Boyko E, Ahroni J, Stensel V, Forsberg R, Smith D. Risk factors for diabetic peripheral sensory neuropathy. Results of the

- Seattle Prospective Diabetic Foot Study. *Diabetes Care* 1997; 20 (7); 1162-1167
131. McMurray S, Johnson G, Davis S, McDougall K. Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *Am-J-Kidney-Dis.* 2002; 40 (3): 566-575.
132. Calle-Pascual A, Durán A, Benedí A, Calvo M, Charro A, Diaz A, et al. Reduction in Foot Ulcer Incidence. Relation to compliance with a prophylactic foot care program. *Diabetes Care* 2001, 24 (2): 405-407.
133. Seeman T, Chen X. Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57B (3): S135-S144
134. Rodrigues A. *Psicología Social*. Mexico: Trillas; 1980.
135. Litchfield P. Social support, patient satisfaction, and the impact of diabetes on the family. *Dissertation Abstracts International*. 1982 42 (11-B): 4582
136. Jacobson A. The Psychological Care of Patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1996; 19 (334): 1249-1253
137. Puavilai A, Stuijbergen A. Quality of life for thai women with diabetes. *Health Care Women Int* 2000; 21 (6): 471-483

138. Berkman, LS, Syme SL. Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
139. Bosworth HB, Schaie KW, Willis SL. Cognitive and sociodemographic risk factors for mortality in the Seattle Longitudinal Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54 (5): 273
140. Bosworth HB, Schaie KW. The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: two analytical approaches. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52 (5): 197-205
141. Bosworth HB, Schaie KW. Survival effects in cognitive function, cognitive style, and sociodemographic variables in the Seattle Longitudinal Study. *Exp Aging Res* 1999; 25 (2): 121-39.
142. Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med* 1998; 47 (5): 635-43.

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de Salud SF-36

CUESTIONARIO "SP-36" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si DO está seguro/a de como responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

- | | |
|-----------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena..... | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2. ¿Cómo dina usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(marque un solo número)

- | | |
|--|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año..... | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un año | 2 |
| Más o menos igual que hace un año..... | 3 |
| Algo peor ahora que hace un año..... | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un año..... | 5 |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escáleta	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (vanos centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

(marque un solo número, por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo <i>menos</i> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

Copyright © 1993 Medical Outcomes Trust.
All rights reserved.
(IQOLA SF-36 Standard Spanish (Spain) Versión 3.0 7/94)

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

(marque un solo número)

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

(marque un solo número)

- No, ninguno..... 1
- Sí, muy poco..... 2
- Sí, un poco 3
- Sí, moderado..... 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(marque un solo número)

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

(marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Algunas veces..... 3
- Sólo alguna vez..... 4
- Nunca..... 5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

(marque un solo número por cada pregunta)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Copyright © 1993 Medical Outcomes Trust.
 All rights reserved.
 (IQOLA SF-36 Standard Spanish (Spain) Versión 3.0 7/94)

ANEXO 2. Percentiles y medias de las puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36, según edad y sexo.

Fuente: Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc) 1998; 111 (11): 410 - 416.

Percentiles (P) y media (DE) de las puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36, según la edad. Varones

	Edad (años)						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Función física							
P5	90	90	65	50	25	5	0
P25	100	100	95	90	75	50	40
P50	100	100	100	100	90	80	65
P75	100	100	100	100	100	90	85
Media (DE)	97,8 (8,9)	97,4(10,0)	94,5 (14,2)	90,3(17,1)	81,7 (23,5)	68,9 (27,6)	60,0 (28,4)
Rol físico							
P5	25	25	0	0	0	0	0
P25	100	100	100	100	94,6	75	75
P50	100	100	100	100	100	100	100
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	93,2 (22,9)	93,8 (22,3)	90,9 (28,0)	87,6 (30,4)	79,4 (38,4)	75,5 (40,4)	75,7(41,0)
Dolor corporal							
P5	51	51	36,6	21,2	12	22	10
P25	84	84	72	62	61	61	52
P50	100	100	100	100	100	100	84
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	88,5 (20,2)	89,4 (19,8)	87,4 (22,3)	81,9(26,0)	77,6 (30,2)	76,7 (28,4)	76,2 (28,8)
Salud general							
P5	50	45	35	30	16,3	18,8	15
P25	72	72	65	59,1	50	40	35
P50	82	82	77	75	67	60	47,4
P75	92	92	90	87	82	77	72
Media (DE)	79,7 (15,4)	78,6(16,6)	74,5(19,1)	70,9 (19,6)	63,2 (23,7)	57,5 (22,7)	51,0(23,5)
Vitalidad							
P5	45	45	40	30	20	20	15
P25	65	65	60	60	50	45	40
* P50	80	75	75	75	70	65	60
P75	90	90	85	90	85	80	75
Media (DE)	76,1 (17,0)	74,9 (17,5)	73,0(18,5)	71,8(21,0)	65,8 (24,7)	61,3(23,0)	57,3 (24,7)
Función social							
P5	62,5	75	62,5	62,5	37,5	37,5	0
P25	100	100	100	100	87,5	75	75
P50	100	100	100	100	100	100	100
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	95,5 (12,4)	96,1 (11,4)	94,7(14,6)	94,1 (15,6)	88,9(21,0)	86,2 (22,5)	81,3(28,8)
Rol emocional							
P5	33,3	66,7	33,3	33,3	0	0	0
P25	100	100	100	100	100	100	100
P50	100	100	100	100	100	100	100
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	93,9(22,1)	95,4 (18,4)	94,7 (20,5)	94,6(21,8)	91,4(27,1)	87,0 (32,2)	88,0(31,6)
Salud mental							
P5	48	48	41,8	46,9	36	36	28
P25	68	68	68	68	64	64	56
P50	80	80	80	84	80	80	72
P75	92	92	92	92	92	92	88
Media (DE)	78,6(16,2)	77,9(16,8)	77,7(17,6)	77,9(18,7)	75,4 (20,3)	75,3(21,1)	70,3 (22,2)

DE: desviación estándar.

Percentiles (P) y media (DE) de las puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36, según la edad. Mujeres

	Edad (años)						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Función física							
P5	80	75	55	40	22,6	10	0
P25	95	95	90	80	55	40	20
P50	100	100	100	95	80	65	50
P75	100	100	100	100	95	85	65
Media (DE)	95,9(12,4)	95,3(11,9)	91,3(16,4)	84,7 (20,2)	73,0 (25,0)	61,3(27,3)	45,2 (28,6)
Rol físico							
P5	0	0	0	0	0	0	0
P25	100	100	100	100	50	0	0
P50	100	100	100	100	100	100	94,8
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	91,7 (25,2)	89,3(29,1)	85,5 (33,6)	80,0 (37,5)	74,9 (40,3)	63,2 (45,0)	55,8 (47,3)
Dolor corporal							
P5	41	31	22	12	12	10	0
P25	72	72	62	52	42	41	31
P50	100	100	100	84	72	61	62
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	84,9 (22,0)	84,1 (24,2)	80,4 (26,2)	73,5 (30,5)	66,7 (30,8)	59,0(31,7)	60,1 (33,6)
Salud general							
P5	42	42	35	20	20	10	13,3
P25	67	67	62	55	44	30	30
P50	80	77	77	70,9	62	45	47
P75	92	87	87	82	75	67	70
Media (DE)	76,6(17,2)	76,4(16,3)	72,4(18,4)	66,0 (22,3)	58,8 (22,0)	48,6 (22,9)	49,7 (23,8)
Vitalidad							
P5	35	35	25	20	20	10	10
P _i 5	60	60	55	50	45	40	30
P50	70	70	70	70	60	50	50
P75	85	85	85	80	80	70	70
Media (DE)	70,4(19,1)	70,0(18,8)	68,1 (21,4)	64,9 (22,4)	58,8(23,1)	53,1 (22,8)	50,0 (24,3)
Función social							
P5	62,5	50	50	25	25	25	12,5
P25	100	100	87,5	87,5	75	62,5	62,5
P50	100	100	100	100	100	92,4	87,5
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	92,6(15,8)	93,1 (16,2)	91,6(17,7)	88,9(21,7)	86,1 (23,1)	79,1 (26,6)	76,3 (28,4)
Rol emocional							
P5	0	0	0	0	0	0	0
P25	100	100	100	100	100	33,3	66,7
P50	100	100	100	100	100	100	100
P75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	89,5 (27,9)	90,7 (26,9)	88,5 (29,9)	85,8 (32,2)	80,3 (37,8)	73,2 (42,4)	75,6 (42,2)
Salud mental							
P5	40	40	32	28	24	24	29,9
P25	60	63,2	60	56	52	48	52
P50	76	76	76	76	68	68	68
P75	88	88	88	88	84	80	84
Media (DE)	73,2(19,3)	74,4(18,7)	72,8 (20,2)	70,1 (21,4)	65,1 (21,9)	63,5(21,7)	66,8(21,8)

DE: desviación estándar.

ANEXO 3 Cuestionario de Apoyo Funcional Duke-UNK

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

A: mucho menos de lo que deseo

B: menos de lo que deseo

C: ni mucho ni poco

D: casi como deseo

E: tanto como deseo

	A	B	C	D	E
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

**ANEXO 4 Cuestionario de Función Familiar APGAR-
Familiar**

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

- 1: Casi nunca
- 2: A veces
- 3: Casi siempre

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			

**ANEXO 5 Cuestionario de datos clínicos,
sociodemográficos y de apoyo social
(relaciones y red social)**

Nombre y Apellidos:

1. Sexo: Varón Mujer

Fecha Nacimiento: / /

Edad en años:

Dirección:

Calle:

Población

2. Diabetes:

Tipo I	
Tipo II	

3. Para DM tipo I: Año del primer diagnóstico:.....

Para DM tipo II: Año del primer diagnóstico:.....

4. Lesiones en los pies Escala de Wagner:

Grado 0		Grado 3	
Grado 1		Grado 4	
Grado 2		Grado 5	

5. ¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?

No sabe leer ni escribir	
Sin estudios	
Estudios primarios incompletos	
Estudios primarios completos	
Bachiller elemental	
Bachiller Superior	
Estudios Universitarios	
Ns/Nc	

6. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado? _____

7. ¿De donde proceden sus ingresos?

<i>Trabajador actual</i>	
<i>Pensión propia</i>	
<i>Pensión familiar</i>	
<i>Rentas</i>	
<i>Ayuda familiar</i>	
<i>Pensión propia mas ayuda familiar</i>	
<i>Otras</i>	

8. ¿Cómo estima que son sus ingresos en relación a sus necesidades?

<i>Holgados</i>	
<i>Suficientes</i>	
<i>Justos</i>	
<i>Escasos</i>	
<i>Muy Escasos</i>	
<i>Ns/Nc</i>	

9. Equipamiento doméstico de su casa

		<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Nc</i>
<i>A</i>	<i>Ascensor si es un piso</i>			
<i>B</i>	<i>Agua caliente</i>			
<i>C</i>	<i>Calefacción de algún tipo</i>			
<i>D</i>	<i>Cuarto de baño dentro de la casa</i>			
<i>E</i>	<i>Bañera o ducha</i>			
<i>F</i>	<i>Habitación propia</i>			
<i>G</i>	<i>Teléfono</i>			
<i>H</i>	<i>Televisión</i>			
<i>I</i>	<i>Pasa frío a menudo</i>			

10. ¿Cuál es su estado civil?

<i>Soltero</i>	
<i>Casado</i>	
<i>Separado o divorciado</i>	
<i>Viudo</i>	
<i>Ns/Nc</i>	

11. ¿Con quién vive usted actualmente?

<i>Solo</i>	
<i>Con la familia</i>	
<i>Con otras personas</i>	
<i>En una institución</i>	
<i>Otras situaciones</i>	
<i>Ns/Nc</i>	

12. ¿Con que frecuencia ve usted o habla por teléfono con familiares (distintos de los que viven con usted)?

<i>Diaria o casi diariamente</i>	
<i>Una o dos veces por semana</i>	
<i>Una o dos veces al mes</i>	
<i>Cada varios meses</i>	
<i>Raramente</i>	
<i>Nunca</i>	
<i>Ns/Nc</i>	

13. ¿Con que frecuencia ve usted o habla por teléfono con amigos o vecinos?

<i>Diaria o casi diariamente</i>	
<i>Una o dos veces por semana</i>	
<i>Una o dos veces al mes</i>	
<i>Cada varios meses</i>	
<i>Raramente</i>	
<i>Nunca</i>	
<i>Ns/Nc</i>	

14. ¿Habitualmente cuanto tiempo pasa solo/a en casa?

Nunca está solo	
Menos de 2 horas/día	
De 2-8 horas/día	
De 8-12 horas/día	
Mas de 12 horas/día	
Ns/Nc	

15. ¿Hay alguna persona con quien usted pueda compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien usted sienta que puede confiar?

Sí	
No	
Ns/Nc	

16. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿Qué relación tiene con esa persona?

La esposa o marido	
Hijo/a	
Otros familiares	
Amigo/a	
Otra persona	
Ns/Nc	

17. ¿Hay alguna persona que se ocupe de usted por su enfermedad?

Sí	
No	
Ns/Nc	

18. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿Qué relación tiene con esa persona?

La esposa o marido	
Hijo/a	
Otros familiares	
Amigo/a	
Otra persona	
Ns/Nc	

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

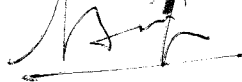
Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes
en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de
D. Felix Julia Jara Fernandez

titulada Determinantes psicosociales y calidad de vida
en el paciente con pie diabético.

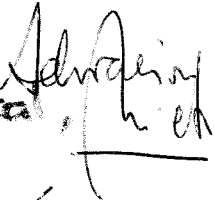
acordó otorgarle la calificación de Sobresaliente cum laude
por unanimidad

Sevilla, 16, de Julio de 2004.

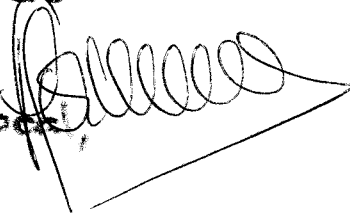
El Vocal,



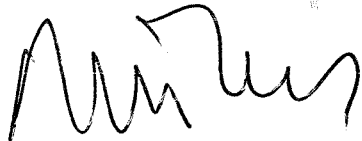
El Vocal,



El Vocal,



El Presidente,



El Secretario,



El Doctorado,

