

## Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL)

M. Millan

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define la diabetes mellitus (DM) como una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y reducen la calidad de vida<sup>1</sup>. Los criterios diagnósticos de la enfermedad fueron inicialmente establecidos en 1979 por el National Diabetes Data Group<sup>2</sup> y posteriormente ratificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>.

En 1997 diversos estudios demostraron que la concentración para el diagnóstico de DM era excesivamente alto (140 mg/dl), ya que existían complicaciones microvasculares incluso con valores inferiores a dichas cifras. Posteriormente la ADA difundió unos nuevos criterios diagnósticos<sup>4</sup> manteniendo el valor posprandial tras sobrecarga oral de glucosa a 200 mg/dl, pero disminuyendo la glucemia basal hasta 126 mg/dl para el diagnóstico de DM. Este hecho, que podría parecer poco importante, ha motivado extensos y múltiples trabajos dadas las trascendentales consecuencias que de estos nuevos valores se derivan. El descenso en el valor basal a 126 mg/dl como punto de corte reduce en dos puntos la prevalencia de diabetes no diagnosticada o, dicho de otro modo, aumenta la prevalencia de diabetes conocida, de manera que se puede incidir terapéuticamente antes y mejor<sup>5,6</sup>.

Se estima que la prevalencia global de la DM era en 1995 del 4,0%, mientras que en el año 2025 será del 5,4%<sup>7</sup>. Traducido en personas afectadas, esto implica que el número de personas con DM en 1995 era de 135 millones, para duplicarse a 300 millones de pacientes diabéticos en el año 2025; asimismo, en los países desarrollados la mayoría de personas con diabetes tendrá una edad superior a 65 años. En España la prevalencia actual de DM conocida oscila entre un 5,5 y un 6,1% según autores y regiones estudiadas<sup>8-10</sup>.

El aumento de la esperanza de vida y de la prevalencia de la enfermedad favorece un incremento manifiesto de las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la DM. Así, la DM implica un riesgo de nefropatía 17 veces superior al de las personas no diabéticas y se considera una de las primeras causas de insuficiencia renal terminal (IRT). Los varones diabéticos tienen dos veces más riesgo de infarto de miocardio que los no diabéticos, y en las mujeres el riesgo es 5 veces superior. En los países occidentales, la DM es la primera causa de ceguera en personas en edad laboral, y entre un 40 y un 50% de todas las amputaciones no traumáticas son por DM<sup>11</sup>. Los costes de la enfermedad son muy altos, de forma que en EE.UU se esti-

ma un coste anual de 100.000 millones de dólares<sup>12</sup>, y en el Reino Unido entre el 4 y el 5% del total del presupuesto anual de sanidad<sup>11</sup>.

Ante este marco sanitario y económico, y cubiertos los requerimientos fisiológicos como signos y síntomas, pruebas de laboratorio, complicaciones del tratamiento y efectos adversos, en las sociedades occidentales se ha observado que, en las enfermedades crónicas, estas medidas puramente fisiológicas no son suficientemente sensibles para medir un resultado en salud<sup>13</sup>. La mejora asistencial ha dado paso a la valoración de la calidad de vida (CV). En el caso que nos ocupa, la CV relacionada con la salud (CVRS) es un eslabón más en la evaluación de la salud.

A continuación se describe el desarrollo y validación de un cuestionario específico de CVRS para pacientes con DM.

### El cuestionario de calidad de vida para la diabetes mellitus

#### *Base conceptual del cuestionario*

Existen distintos cuestionarios<sup>14</sup> que miden diversos aspectos relacionados con la DM tal como se observa en la tabla 1. A principios de los noventa nuestro grupo decidió adaptar el DQOL o Diabetes Quality of Life<sup>15</sup>, elaborado por el grupo del Diabetes Control and Complications Trial o DCCT<sup>16</sup>, aplicado en un estudio clínico, multicéntrico, aleatorizado y diseñado para evaluar los efectos de un tratamiento intensivo en pacientes con diabetes tipo 1, a fin de mantener la glucemia en valores cercanos a la normalidad y valorar dicho efecto sobre la aparición y/o progresión de las complicaciones. Ya que el grupo de pacientes con terapia intensificada debía realizar más autoanálisis y mayor número de visitas que el grupo sometido a terapia convencional, se elaboró la versión española del DQOL (EsDQOL) a fin de evaluar si se modificaba la calidad de vida del paciente durante el estudio.

#### *Descripción del cuestionario*

El cuestionario consta de 46 preguntas distribuidas en 4 dimensiones: «Satisfacción» (15 preguntas), «Impacto»

Hospital Mutua de Terrassa.

Correspondencia: Montserrat Millan.  
Hospital Mutua de Terrassa. Pza. Dr. Robert, 5. Apdo. 183. 08221 Terrassa (Barcelona).  
Correo electrónico: endocrinologia@mutuaterrassa.es

**TABLA 1**  
**1** Cuestionarios publicados entre 1987 y 1997 para valorar distintos aspectos de la diabetes

Autor	Nombre del cuestionario	Descripción
Anderson et al <sup>17</sup>	Diabetes Attitude Scale	50 preguntas. Mide actitudes, autocontrol e impacto
Bradley <sup>18</sup>	Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)	8 preguntas. Satisfacción con el tratamiento, control metabólico y flexibilidad
Bradley y Lewis <sup>19</sup>	Treatment Satisfaction and Psychological Well being	11 preguntas. Valora la satisfacción con el tratamiento
Day et al <sup>20</sup>	Ipswich Diabetes Self-Management Questionnaire	41 preguntas relacionadas con las actitudes y su influencia en el autocontrol y control metabólico
Davis et al <sup>21</sup>	Diabetes Educational Profile (DEP)	110 preguntas. Examina la relación entre control/enfermedad e impacto psicológico
Fitzgerald et al <sup>22</sup>	Diabetes Care Profile	234 ítems. Mide factores psicológicos relacionados con la diabetes mellitus y su tratamiento
DCCT <sup>15,16</sup>	Diabetes Quality of Life	46 preguntas. Mide la percepción subjetiva de la calidad de vida: impacto, satisfacción, y preocupación social relacionada con la diabetes mellitus
American Hospital Association and Picker Institute <sup>23</sup>	Picker Patient Satisfaction Survey como importantes	Valoración subjetiva de los aspectos que los pacientes perciben

Tomada de Paddock et al<sup>14</sup>.

(20 preguntas), «Preocupación social/vocacional» (7 preguntas) y «Preocupación relativa a la diabetes» (4 preguntas). Las respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales:

– «Satisfacción»: con un rango de 1 = muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si en todas las preguntas el paciente se halla muy satisfecho, tendrá una puntuación global de 15; es decir, se trata de un paciente muy satisfecho con todos sus actos.

– «Impacto»; «Preocupación social/vocacional»; «Preocupación relativa a la diabetes»: con un rango de 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son: 20, 7 y 4, puntos respectivamente, lo que significaría que la diabetes ejerce escaso impacto y poca preocupación en la vida de las personas afectadas. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario.

#### Evaluación de las propiedades de medición del cuestionario

El DQOL posee una primera versión en español adaptada por nuestro grupo<sup>24,25</sup> con una muestra inicial de 105 pacientes y posteriormente sobre una muestra más heterogénea de 874 personas con diabetes procedentes de todas las regiones españolas, con una edad media de 43,5 (rango 16-69) años, duración media de la diabetes de 10,2 (rango 1-43) años y el 95% de ellos tratados con insulina. La reproducibilidad o fiabilidad se valoró por la consistencia interna (alfa de Cronbach) y el test-retest mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La consistencia interna global de la primera versión del cuestionario fue de 0,88 y para cada una de las dimensiones como sigue: «Sa-

tisfacción» de 0,84; «Impacto» de 0,76; «Preocupación social/vocacional» de 0,80, y «Preocupación relativa a la diabetes» de 0,68. El análisis de fiabilidad con el test-retest fue realizado en 496 pacientes de un total de 874, los cuales estaban dispuestos a contestar al cuestionario para un test-retest dentro de un intervalo de tiempo de 15 días. Las correlaciones para el test-retest se mantuvieron en un rango de 0,52-0,81 ( $p < 0,001$ )<sup>26</sup>. La validez de contenido se evaluó mediante un análisis factorial realizado en los 105 pacientes iniciales y demostró la presencia de un factor principal que explicaba el 28,8% de la variancia total, seguido de 13 factores que explicaban por sí solos el 51,8% de la variancia. En total se distinguieron 14 factores que explicaron el 73,6% de la variancia total<sup>27</sup>. Si bien el cuestionario fue diseñado para personas con DM tipo 1, la consistencia interna en pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina ofrece valores similares, tal como se observa en la tabla 2<sup>28</sup>. La sensibilidad a los cambios se valoró en 284 pacientes (138 varones y 146 mujeres), 241 de ellos afectados de diabetes tipo 1 y 43 de tipo 2, todos ellos tratados con insulina los 6 meses previos a la administración del cuestionario. Después de la introducción de insulina lispro se observó un aumento discreto pero significativo de la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en la escala «Satisfacción», posiblemente debido a la mayor flexibilidad de horarios que permite la insulina lispro<sup>29</sup>.

El estudio constató, al igual que han observado otros autores, que las mujeres se hallan más preocupadas que los varones<sup>24,25,30,31</sup>, y que la preocupación social/vocacional fue superior en los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad ( $p < 0,05$ ). En todas las subescalas a excepción de la preocupación social, los jóvenes viven mejor la diabetes que el grupo de edad comprendida entre los 56 y 69 años. No se hallaron diferencias entre las dis-

**TABLA 2** Fiabilidad del EsDQOL para pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1 y pacientes con DM tipo 2 insulinizados

	Tipo 1 (n = 711)	Tipo 2 (n = 112)	Total (n = 823)
Satisfacción	0,81	0,83	0,81
Impacto	0,74	0,74	0,74
Preocupación social/vocacional	0,76	0,78	0,77
Preocupación relacionada con la diabetes	0,65	0,72	0,66
EsDQOL, total	0,88	0,89	0,88

Tomada de Millan et al<sup>28</sup>.

tintas regiones de España, lo que permitiría la utilización de cuestionario en cualquiera de las diferentes comunidades españolas y potencialmente, una vez adaptado culturalmente, en otros países de habla hispana<sup>26,28</sup>.

#### Cambios en el cuestionario DQOL

Recientemente se ha reevaluado el cuestionario de forma que el estudio detallado de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach demuestra cómo el ítem 3 de la escala de impacto («¿Con qué frecuencia tiene bajo el azúcar en sangre?») es poco discriminativo, de tal manera que su exclusión aumenta el alfa de Cronbach de 0,8819 a 0,8882. El análisis del ítem 8 de la misma escala («¿Con qué frecuencia se siente conforme consigo mismo?») es negativo dificultando en los pacientes su interpretación y puntuación, ya que debería plantearse de forma invertida, y su eliminación mejora el alfa de Cronbach de 0,8819 a 0,8837. Por último, la omisión de la pregunta 16 de la misma escala («¿Con qué frecuencia habla con los demás sobre su diabetes?») modifica también el índice de fiabilidad de 0,8819 a 0,8839.

De esta forma, después de realizar de nuevo el estudio completo de fiabilidad del cuestionario con la exclusión de las preguntas 3, 8 y 16 de la dimensión de impacto, los resultados presentan un aumento del alfa de Cronbach en la dimensión de impacto, así como de la fiabilidad global del instrumento, tal como se indica en la tabla 3.

## Conclusiones

Los autores del DQOL, en un artículo<sup>32</sup> publicado posteriormente al desarrollo de la escala original<sup>15,16</sup>, aconsejan que las preguntas 8 y 16 de la escala de impacto deben corregirse de forma inversa a fin de facilitar su valoración. Con respecto al observador, esta solución puede facilitar el análisis cuantitativo de los valores asignados. Sin embargo, creemos que no asegura que haya existido una interpretación y valoración adecuadas por parte del paciente y, por tanto, que los valores asignados sean representativos de la percepción real del sujeto. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo apoyan la necesidad de suprimir las tres preguntas mencionadas, tanto con relación a la fiabilidad de la prueba como a su claridad para no inducir confusión en las personas que utilicen dicho instrumento. El EsDQOL modificado<sup>33</sup> consta de 43 preguntas y, a fin de no aumentar la confusión, se han numerado correlativamente sin repetirse el número 1 en cada una de las escalas (anexo 1). Es necesario destacar que el cuestionario fue diseñado para pacientes con diabetes tipo 1 y que la validación se ha realizado principalmente en aquellos que están siendo tratados con insulina, aunque también ha demostrado ser útil en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con insulina. No existen datos de su uso en pacientes con diabetes no insulino dependiente, por lo que su uso debería restringirse a los pacientes mencionados anteriormente.

El avance en el concepto de salud<sup>13</sup> y el aumento de la prevalencia de la DM<sup>7</sup> hacen que la medición de la CVRS, y en concreto en la DM, pueda ser un instrumento útil en distintos niveles sanitarios. En la atención primaria de la persona con diabetes ya no basta con determinar su cifra de glucemia u objetivar los pulsos u oscilometrías. En la práctica diaria se debería y se puede valorar, en la medida de lo posible, la implicación de la diabetes en los distintos aspectos que conforman e influyen en la calidad de vida. El instrumento no sólo es útil para conocer la realidad del paciente en un momento del tiempo, sino también capaz de determinar los cambios en sus distintas dimensiones, después de una intervención terapéutica, ya sea educativa o farmacológica<sup>29</sup>.

**TABLA 3** Fiabilidad del EsDQOL previa a la supresión de las preguntas 3, 8 y 16 de la escala de impacto y resultados tras la modificación. Se incluyen los valores de alfa de Cronbach para pacientes con diabetes mellitus (DM) tipos 1 y 2

Subescala	EsDQOL previo		EsDQOL modificado	
	DM tipo 1 (n = 711)	DM tipo 2 (n = 112)	DM tipo 1 (n = 711)	DM tipo 2 (n = 112)
Satisfacción	0,81	0,83	0,81	0,83
Impacto	0,74	0,74	0,80	0,81
Preocupación social/vocacional	0,76	0,78	0,76	0,78
Preocupación relacionada con la DM	0,65	0,72	0,65	0,72
Total	0,88	0,89	0,90	0,91

Tomada de Millan M et al (2001).

## Agradecimientos

Al Dr. Jesús Reviriego por su colaboración, inestimable ayuda y coautor del proyecto.

## Bibliografía

- American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 1999;22 (Suppl 1):527-31.
- National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 1979;28:1039-57.
- WHO Study Group. Diabetes mellitus [Technical Report Series 727]. Geneva: World Health Organization, 1985.
- American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1997;20:1183-97.
- Eastman RC, Vinicor F. Science: moving us in the right direction. *Diabetes Care* 1997;20:1057-8.
- Costa B. ¿Cómo diagnosticaremos en España la diabetes más allá del año 2000? *Med Clin (Barc)* 1999;112:572-4.
- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414-31.
- Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras LI. Prevalence of diabetes in Catalonia (Spain): an oral glucose tolerance test-based population study. *Diab Res Clin Practice* 1999;43:33-40.
- Tamayo-Marco B, Faure-Nogueras E, Roche-Asensio MJ, Rubio-Calvo E, Sánchez-Oriz E, Salvador-Oliván JA. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Aragón, Spain. *Diabetes Care* 1977;20:534-6.
- Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, Diago F, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de la diabetes mellitus en la provincia de León. *Med Clin (Barc)* 1994;102:306-15.
- Tresserras R, Castell C, Lloveras G. La diabetes mellitus com a problema de salut pública. En: *Associació Catalana de Diabetis*, editor. *Diabetis Mellitus*. Barcelona, 1996.
- Safran MA, Vinicor F. The war against diabetes. How will we know if we are winning? *Diabetes Care* 1999;22:508-16.
- Badía X, Del Llano J. Investigación de resultados en salud. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Suppl 3):1-7.
- Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, Gevirtz FO, Nash DB. Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. *Diabetes Care* 2000;23:951-6.
- The DCCT Research Group. Reliability and validity of a Diabetes Quality-of-Life Measure (DQOL) for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Diabetes Care* 1988;11:725-32.
- The DCCT Research Group. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT): results of feasibility study. *Diabetes Care* 1987;10:1-19.
- Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF. Measuring the attitudes of patients towards diabetes and its treatment. *Patient Education and Counseling* 1990;16:231-45.
- Bradley C. Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ). En: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes*. Chur, Switzerland. Reading: Harwood Academic Publisher, 1994;p. 111-32.
- Bradley C, Lewis KS. Measures of psychological well-being and treatment satisfaction developed from the responses of people with tablet-treated diabetes. *Diabet Med* 1990;7:445-51.
- Day JL, Bodmer CW, Dunn Om. Development of a questionnaire identifying factors responsible for a successful self-management of insulin-treated diabetes. *Diabet Med* 1996;13: 564-73.
- Davis WK, Hess GE, Van Harrison R, Hiss RG. Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus differences by disease type and treatment. *Health Psychol* 1987;6:1-14.
- Fitzgerald JT, Davis WK, Hess GE, Connell CM, Funnell MM, Hiss RG. Development and validation of the diabetes care profile. *Evaluation and the Health Professionals* 1996;19:208-30.
- American Hospital Association, the Picker Institute. Eye on patients: excerpts from a report on patients' concerns and experiences about the health care system. *J Health Care Fin* 1997;23:2-11.
- Reviriego J, Millan MD, Millan MM. Evaluation of the diabetes quality-of-life Questionnaire in a Spanish population. An experience of translation and reliability. *PharmacoEconomics* 1996;10:614-22.
- Millan MM, Millan MD, Anglada J, Del Pozo C, Balsells M, García-Pascual L, et al. Traducción y adaptación del cuestionario de calidad de vida del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) en el Vallés Occidental. *Endocrinología* 1996;43:230-6.
- Millan MM, Millan MD, Sastre A, Balsells M, Reviriego J. Reliability of the Spanish version of the Diabetes Quality of Life. *Diabetologia* 1997;40(Suppl 1):638.
- Millan M. Cuestionario de Calidad de Vida en la Diabetes. En: Badía X, Salamero M, Alonso J, editores. *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. 2.ª ed. Barcelona: Edimac, 1999; p. 272-6.
- Millan M, Reviriego J. Reliability of a Spanish version of the DQOL Questionnaire in type 1 and type 2 diabetes patients. *Diabetes* 2000;49(Suppl 1):92.
- Millan M, Reviriego J. Calidad de vida en el tratamiento de la diabetes mellitus con insulina lispro y sus nuevas mezclas. *Endocrinol Nutr* 2001;48(Suppl 1):68-73.
- U.K. Prospective Diabetes Study Group. 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 (UKPDS 37). *Diabetes Care* 1998;22:1125-36.
- Anderson RM, Fitzgerald JT, Wisdom K, Davis WK, His RG. A comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 1997;20: 299-305.
- Jacobson AM, and DCCT Group. The Diabetes quality of life measure. En: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes*. Chur, Switzerland. Reading: Harwood Academic Publisher, 1994; p. 65-87.
- Millan M, Reviriego J, Del Campo J. Revaluación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en diabetes EsD-QOL. Modificaciones sobre su aplicación [en prensa]. *Endocrinol Nutr* 2002.

**ANEXO  
1****EsDQOL  
modificado****Satisfacción**

1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?

**Impacto**

16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?
17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?
24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?
25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?

**Preocupación: social/vocacional**

33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?

**Preocupación relacionada con la diabetes**

40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?