



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
REGION: CENTRO**

**DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
DIVISION DE EDUCACION MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD**

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
“LOMAS VERDES”**

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PARAPLEJIA SECUNDARIA A
LESIÓN VERTEBRAL TRAUMÁTICA”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
PRESENTA:**

**DRA. YADIRA BAHENA SALGADO
Médico Residente de 4to. Año de Traumatología y Ortopedia**

**DR. JESÚS NORBERTO BERNAL MÁRQUEZ
Médico ortopedista, asesor**

**DR. AMILCAR ESPINOSA AGUILAR
Médico neurocirujano, Asesor metodológico**

Naucalpan de Juárez, Estado de México Febrero 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice General

Portada	1
Índice	2
Resumen	3
Introducción	5
Objetivo	7
Material y método	8
Resultados	9
Discusión	11
Conclusión	12
Anexos	13
Bibliografía	17

Resumen

Objetivo: Conocer la calidad de vida del paciente parapléjico posterior a la lesión vertebral traumática.

Material y métodos: Se valoró a 23 pacientes con paraplejía traumática atendidos en el HTOLV de julio del 2002 a julio 2004 mediante la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) y la escala de medición de calidad de vida EuroQoL.

Introducción: Las estadísticas de las lesiones traumáticas de la médula espinal, indican una población que aumenta cada año y que muestra un aumento en la supervivencia a largo plazo. La calidad de vida de los pacientes con lesión de la médula espinal, es compleja, interactuando la severidad de la lesión, nivel de independencia, recursos disponibles, aceptación de la lesión y actividades para la promoción de la salud. Con el antecedente de lesión medular el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar condiciones secundarias que incluyen infecciones crónicas de vías urinarias, úlceras de decúbito, y espasticidad entre otras. Además, las condiciones psicosociales pueden incluir depresión y a largo plazo problemas relacionados con la pérdida del empleo, la pareja y el bienestar. La calidad de vida cambia precipitadamente después de una lesión traumática de la médula espinal.

Resultados: La edad promedio fue de 42.2 años, el sexo predominante fue el masculino en 78%. En la evaluación de la "Medida de Independencia Funcional", el porcentaje de funcionalidad promedio fue de 88% con un rango de 65 a 97%. Las actividades en las que se encontró mayor dependencia fueron la realización del baño diario y aseo personal, el entrar a la regadera y al inodoro, y el uso de escaleras. En la valoración de calidad de vida relacionada con la salud mediante el EuroQoL se encontró que la valoración promedio de los pacientes se encuentra en un índice de 0.4879 sobre una escala donde 0 es el peor estado y 1 es el mejor estado. Las complicaciones más frecuentes en los pacientes parapléjicos de este estudio fueron: Infecciones de vías urinarias, depresión, dolor en el sitio quirúrgico o por irritación del implante y escaras. El 57% de los pacientes permanecieron casados aun después de la lesión, sólo un paciente fue abandonado por su pareja posterior a la lesión, el 39% de los pacientes que se encontraban solteros han permanecido así posteriores a la lesión. Un 82.61% de los pacientes se encuentra pensionado.

Conclusiones: La calidad de vida del paciente parapléjico se encuentra por debajo del promedio de calidad de vida de las personas que no presentan una discapacidad. El paciente parapléjico se encuentra viviendo en un entorno que no es el adecuado para su discapacidad no contando con la infraestructura necesaria, el apoyo médico, social y cultural que ayude a resolver sus necesidades básicas. El paciente discapacitado no cuenta con la información necesaria para adaptarse a una vida laboral satisfactoria.

Introducción

Se admite que anualmente en una población de un millón de habitantes, se producen 50 nuevos casos de lesión vertebral traumática. De ellos, 72% son individuos menores de 40 años ⁽¹⁾. Los informes más precisos indican una tasa anual de 30 a 35 por millón de personas, o sea cerca de 10, 000 nuevas lesiones traumáticas por año ⁽²⁾.

La lesión de la médula espinal con más frecuencia es traumática. La parálisis de las extremidades superiores e inferiores, llamada cuadriplejia, constituye 54% de los casos y la paraplejia constituye el 46% restante. El problema se observa más frecuentemente en varones en un 82% de los casos. ⁽³⁾

La causa de lesión vertebral traumática reportada en el HTOLV es en primer lugar las caídas (50.5%), accidentes automovilísticos (34.5%) y en tercer lugar agresiones (15%). El sitio de lesión más común fue la columna lumbar, seguida de la columna cervical y finalmente la torácica. 58% de los pacientes presentaron lesión medular parcial o completa, siendo la sección medular completa (Frankel A) la lesión más frecuente en un 35%.⁽⁴⁾

Se sabe poco acerca de las actividades para la promoción más eficaz de la salud a largo plazo según las necesidades de las personas con lesión de la médula espinal. Las estadísticas de estas lesiones indican una población que aumenta cada año y que muestra un aumento en la supervivencia a largo plazo ⁽⁵⁾

La calidad de vida de los pacientes con lesión de la médula espinal es compleja, interactuando la severidad de la lesión, nivel de independencia, recursos disponibles, aceptación de la lesión y actividades para la promoción de la salud. Con el antecedente de lesión medular el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar condiciones secundarias que incluyen infecciones crónicas de vías urinarias, úlceras de decúbito, y espasticidad entre otras. Además, las condiciones psicosociales pueden incluir depresión y a largo plazo problemas relacionados con la pérdida del empleo, la pareja y el bienestar. La calidad de vida cambia precipitadamente después de una lesión traumática de la médula espinal ⁽⁵⁾.

El dolor es un problema común después de la lesión traumática de la médula espinal. Su frecuencia se encuentra en un 42% hasta un 69% ⁽⁶⁾, identificándose como una causa significativa de limitación de actividades del paciente y contribuyendo a una disminución en la calidad de vida. Algunos estudios han sugerido que el dolor crónico en estos pacientes puede estar más asociado a factores psicosociales que a factores fisiológicos. Los factores psicosociales asociados a dolor crónico en pacientes parapléjicos pueden incluir depresión, tensión emocional, y problemas de salud ⁽⁷⁾.

Richards y cols, encontraron que los niveles más altos de intensidad del dolor fueron asociados a mayores niveles de ansiedad y de una situación psicosocial más negativa. Y una mayor severidad del dolor se asoció a enojo y menor aceptación de la discapacidad. Al haber dolor de mayor intensidad estos pacientes presentaban interferencia del sueño, mayor percepción de su discapacidad, con una movilidad más pobre, y disminución del bienestar (7).

Una condición secundaria a la lesión como la espasticidad es un factor que contribuye importantemente a la presentación de úlceras de presión (8). Estas lesiones retardan el tratamiento de rehabilitación y su reintegración a la comunidad, llegando a ser inclusive causa de muerte.

Otro cambio físico considerable que puede tener un impacto en la calidad de la vida inmediata y futura de los pacientes con lesión raquímedular, es el deterioro de la función vesical e intestinal (9). Esta condición predispone desde el punto de vista médico y social a disminuir la calidad de vida, por el riesgo de infecciones urinarias, el estreñimiento, la impactación fecal, las úlceras de presión, y otras. Desde el punto de vista social, la satisfacción personal es perceptiblemente más baja entre aquellos pacientes dependientes con pérdida de la función vesical e intestinal con respecto a aquellos pacientes que conservan esta función mostrando mayor desventaja en las áreas de independencia física, movilidad, y funcionamiento ocupacional. Los pacientes independientes refirieron una mejor salud física general que los pacientes dependientes (9).

Se han desarrollado programas para mantener la salud de pacientes con lesión de médula espinal, estos programas se esfuerzan por mejorar a los participantes desde el punto de vista de bienestar físico, mental, y emocional, conduciendo a una mejor calidad de vida (5). Una forma de apoyo a los pacientes con lesión de médula espinal es evitar las complicaciones secundarias y tomar el control de sus vidas y de su salud al participar en la promoción de actividades para la salud (5)

Analizando los beneficios de la intervención temprana de la terapia ocupacional, se concluye que con un entrenamiento óptimo física y emocionalmente los pacientes con lesión medular pueden contar con mayor número de posibilidades para alcanzar una adaptación a su nuevo estado (11).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha popularizado en los últimos años para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas que van más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad (12).

Objetivos generales

Conocer la calidad de vida del paciente parapléjico posterior a la lesión vertebral traumática.

Conocer la recuperación funcional de los pacientes parapléjicos y su adaptación a las actividades de la vida cotidiana.

Identificar la frecuencia de complicaciones de la lesión medular traumática en pacientes tratados en el HTOLV

Conocer aspectos demográficos de los pacientes parapléjicos como estado civil previo y posterior a la lesión, ocupación, dependencia económica.

Material y métodos.

Durante el periodo del 1 de julio del 2002 al 31 de julio del 2004, se atendió en el servicio de columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas verdes a 41 pacientes con diagnóstico de lesión vertebral traumática y paraplejia según el archivo clínico del servicio de columna. De estos, se localizo a 23 pacientes que contaban con expediente completo, número telefónico y en los cuales se corroboró el diagnóstico de paraplejia posterior a lesión vertebral traumática. Se realizó una encuesta obteniendo la información requerida para una escala de valoración funcional internacional (FIM) (anexo1) y una escala de medición de calidad de vida (EuroQoL) (anexo2) (13-16).

Valoración funcional.

Se valoró a los pacientes mediante la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) que es la escala estandarizada más utilizada después de una lesión raquímedular (10-15) Esta escala contempla actividades de la vida diaria, como el cuidado personal (alimentación, aseo personal, baño, vestirse), control de esfínteres (manejo de vejiga e intestino), locomoción (transferirse, subir al escusado, entrar a la regadera), comunicación (comprensión, expresión), desarrollo social (Interacción, solución de problemas, memoria). En cada una de estas se da un puntaje del 1 al 7 de acuerdo al grado de dependencia (Anexo 1).

Escala de medición de calidad de vida.

Calidad de vida es definida como la percepción individual de la satisfacción experimentada por una persona con sus condiciones de vida de acuerdo a sus valores, cultura, aspiraciones y expectativas personales. En un concepto amplio es una manera compleja en la cual la persona relaciona su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, y relaciones sociales con su medio ambiente (13).

La escala de EuroQoL relaciona la salud con la calidad de vida, la medición considera el impacto del funcionamiento físico, social y emocional en la calidad de vida. Es un instrumento simple y reproducible que evalúa como un paciente clasifica diversos aspectos de su salud como movilidad, dolor, cuidado personal, actividades cotidianas y depresión como condicionantes de su calidad de vida. Y una escala analógico-visual en donde el mejor estado de salud es 10 y el peor estado está marcado por 0 (anexo 2). Esta escala se reporta como un índice realizado por la Comunidad Europea que nos permite comparar la salud del paciente con otros pacientes, con personas sanas y con pacientes con un padecimiento diferente (13-16).

Es un estudio Transversal, prolectivo, observacional, descriptivo. Los resultados se analizaron con medidas de estadística descriptiva.

Resultados.

De los 41 pacientes atendidos en el servicio de columna del HTOLV durante el periodo del 1 de julio del 2002 al 31 de julio del 2004 se obtuvieron 31 expedientes completos, excluyéndose 6 pacientes por no localizarse vía telefónica y 2 pacientes que fallecieron posterior a su egreso hospitalario. Con una muestra de 23 pacientes, se encontró que la edad promedio fue de 42.2 años con un rango de edad de 21 a 76 años, el sexo predominante fue el masculino en 78%.

En la evaluación de la “Medida de Independencia Funcional”, el porcentaje de funcionalidad promedio fue de 88% con un rango de 65 a 97%, y una desviación estándar de 10.

De acuerdo a la puntuación de cada actividad se clasifico del 1 al 5 como dependiente y el 6 y 7 como independiente (anexo 1). Las actividades en las que se encontró mayor dependencia fueron dentro del cuidado personal la realización del baño diario (39%) y aseo personal (17%), en transferencia el entrar a la regadera (48%) y al inodoro (12%), y en locomoción el uso de escaleras (52%). Debido a la falta de adaptación estructural de espacios como baño y escaleras, los pacientes requieren con frecuencia de una persona que los ayude en esta actividad.

Tabla 1 Resultados de la valoración funcional de acuerdo a dependencia e independencia

Actividad		Dependientes	Independientes
Cuidado personal	Comer		100%
	Aseo personal	17%	83%
	Baño	39%	61%
	Vestirse extremidades superiores		100%
	Vestirse extremidades inferiores	13%	87%
Control de esfínteres	Manejo de vejiga	26%	74%
	Manejo de intestino	9%	91%
Transferencia	Cama, silla, silla de ruedas	4%	96%
	Inodoro	12%	88%
	Regadera	48%	52%
Locomoción	Caminar- silla de ruedas	9%	91%
	Escaleras	52%	48%
Comunicación	Comprensión		100%
	Expresión		100%
Desarrollo social	Interacción social		100%
	Resolución de problemas	13%	87%
	memoria		100%

En la valoración de calidad de vida relacionada con la salud mediante el EuroQoL se encontró que la valoración promedio del 100% de los pacientes se encuentra en un índice de 0.4879 sobre una escala donde 0 es el peor estado y, 1 es el mejor estado. Con un rango de 0.1883 a 0.705. Con una desviación estándar de 0.18. La percepción de su estado de salud en la escala analógico-visual se encontró en el rango de calificación de 7 a 9 con un promedio de 8.9, desviación estándar de 1.4 (figura 1)

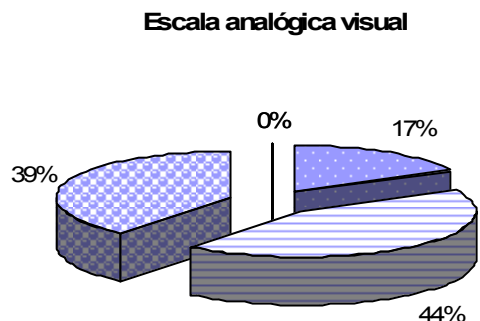


Figura1: En la escala analógica visual, 39% de la población estudiada califico con 9 puntos su estado de salud, en una escala donde 0 es el peor estado de salud y 10 es el mejor estado.

Las complicaciones más frecuentes en los pacientes parapléjicos de este estudio fueron: 1) Infecciones de vías urinarias 78.2%; 2) Depresión 69.5%, dolor 43.5% y escaras en 39.1%.

En datos demográficos, se encontró que el 57% de los pacientes permanecieron casados aun después de la lesión, sólo un paciente fue abandonado por su pareja posterior a la lesión, el 39% de los pacientes que se encontraban solteros han permanecido así posteriores a la lesión. Un 82.61% de los pacientes se encuentra pensionado, 43.5% cuenta con un empleo informal ya sea como ayudante en un negocio familiar o con un negocio propio. Se encuentra desempleado el 17.4% de los pacientes valorados en este estudio, dependiendo económicamente de sus familiares.

Discusión

Del total de pacientes identificados en el archivo clínico del servicio de columna, sólo se localizó vía telefónica a un 61% de ellos, desconociendo la evolución de un 39% de los pacientes.

El número de pacientes es pequeño, sin embargo, los datos obtenidos reflejan la evolución médica, y social de un paciente parapléjico en un entorno que no está adaptado para su discapacidad.

Se observó una disminución en la calidad de vida del paciente parapléjico, encontrando que el promedio del índice de calidad de vida se encuentra por debajo de la media del índice de calidad de vida utilizado. Es difícil comparar nuestros resultados con otros estudios, ya que existe una carencia de estudios longitudinales con este tipo de pacientes en la literatura. Uyl-de Groot y cols. ⁽¹⁴⁾ aplican la escala de EuroQoL en pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple, reportando un índice de calidad de vida de 0.52, comparativamente, el uso de esta escala en pacientes parapléjicos en nuestro estudio reporta un índice de 0.4879 con un rango de 0.1883 a 0.705, lo cual sugiere que la calidad de vida de un paciente parapléjico se encuentra en el mismo nivel de calidad de vida que un paciente que se encuentra en tratamiento por diagnóstico de cáncer.

En relación a la valoración de independencia funcional, los resultados obtenidos son semejantes a los referidos por Cárdenas y cols ⁽¹⁰⁾, donde se reporta un porcentaje de funcionalidad de 81.7% para pacientes parapléjicos y en nuestro estudio encontramos un promedio de funcionalidad de 88% con un rango de 65 a 97%.

La incidencia por sexo y edad de los lesionados corresponden al sexo masculino y en edad productiva, lo que conlleva secuelas laborales, sociales y personales permanentes, algo que es congruente con los artículos revisados (3, 5).

Según los datos que se agregaron a la encuesta con fines de conocer la evolución médica, se encontraron las complicaciones esperadas según la literatura nacional y mundial (2, 6, 7, 8 y 9).

Al relacionar los resultados de la valoración funcional con la calidad de vida, se observa que los pacientes cuentan con un porcentaje promedio de funcionalidad de 88% en cuanto a actividades de la vida cotidiana, sin embargo, el índice de calidad de vida cuyo valor es de 0.4879 se encuentra por debajo de la población general observando que los aspectos deficientes en la calidad de vida de los pacientes son aquellos relacionados con factores psicosociales y ocupacionales, además de la frecuencia de condiciones secundarias que podrían tener un mejor control médico.

Conclusiones

1. La población más afectada es la que se encuentra en edad productiva, principalmente de sexo masculino, siendo el principal sustento y a veces el único en su núcleo familiar, lo que condiciona detrimento de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.
2. La calidad de vida del paciente parapléjico se encuentra por debajo del promedio de calidad de vida de las personas que no presentan una discapacidad.
3. El paciente parapléjico se encuentra viviendo en un entorno que no es el adecuado para su discapacidad no contando con la infraestructura necesaria, el apoyo médico, social y cultural que ayude a resolver sus necesidades básicas.
4. El paciente discapacitado no cuenta con la información necesaria para adaptarse a una vida laboral satisfactoria.
5. Debido a la cantidad de pacientes tratados en esta unidad, es necesario establecer un grupo de apoyo constituido por personal médico, enfermeras, rehabilitadores, y especialistas en terapia ocupacional, con el propósito de dar seguimiento al paciente parapléjico posterior a su egreso de una unidad hospitalaria.
6. El número de pacientes en nuestro estudio es demasiado pequeño para los análisis detallados, pero este asunto puede ser interesante para los estudios futuros.
7. El manejo realizado hasta el momento en búsqueda de una integración de estos pacientes aun es limitado, y deberemos de buscar los medios para lograr que mejore la calidad de vida de los pacientes lesionados raquimedulares.

Bibliografía

1. Cruz GO, López FG: Tratamiento quirúrgico de las luxofracturas de la columna cervical inferior. Rev Mex Neuroci: 2004; 5(2): 104-111.
2. Dufoo OM, Carranco TGA, García LO, López PJJ: Empleo del colchón de agua como medio preventivo para la formación de úlceras de presión en lesionados raquimedulares. Rev Mex Ortop Traum. 1998; 12(6): 502-505.
3. Rothman S, Apple DF: Columna vertebral. Rehabilitación de las lesiones de la médula espinal. Cuarta edición, Mc Graw Hill: Vol. I 1177-1197
4. Hurtado PA: Incidencia y etiología de las lesiones vertebrales traumáticas en el servicio de cirugía de columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. Tesis de postgrado, 2003: 09
5. Zemper ED, Tate DG, Roller S, Forchheimer M: Assessment of a Holistic Wellness program for persons with spinal cord injury. Am J Phys Med Rehab: 2003; 82: 957-968
6. Yap EC, Tow A, Menon EB, Chan KF, Kong KH: Pain during in-patient rehabilitation after traumatic spinal cord injury. International Journal of Rehabilitation Research. 2003; 26(2): 137 -140
7. Rudy TE, Lieber SJ: Psychosocial predictors of physical performance in disabled individuals with chronic pain. Clinical Journal of Pain. 2003; 19(1): 18-30
8. Mess SA, Kim S, Davison S, Heckler F: Implantable baclofen pump as an adjuvant in treatment of pressure sores. Annals of Plastic Surgery. 2003; 51(5): 465-467
9. Hicken BL, Putzke JD: Bladder management and quality of life after spinal cord injury. J Phys Med Rehabil. 2001; 80(12): 916-922
10. Cárdenas PLA: Tratamiento de las lesiones vertebrales traumáticas con compromiso neurológico en la zona de transición toracoabdominal con barras de Luque, sistema transpedicular, comparación funcional de la cifosis residual. Tesis de postgrado 2005
11. Aguilar BC: Integración de la terapia ocupacional en la fase aguda del lesionado medular. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, Tesis profesional, 1994

12. Durán AL, Gallegos CK: Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. Salud Pública Méx. 2004; 46: 306-315.
13. Bowling A: Measuring disease, a review of disease- specific quality of life measurement scales segunda edición, 2001: 6-13
14. Uy-de Grott CA, Buijt I: Health related quality of life in patients with multiple myeloma undergoing a double transplantation. European Journal of Hematology. 2005; 74(2): 136-143
15. Frymoyer J, Cristopher S: The adult spine: principles and practice Segunda edición, 1997: 931-945
16. <http://www.EuroQol.com>

Anexo 1
Hoja de captura de datos

Nombre del paciente:
 No. Afiliación:
 Domicilio:
 Teléfono:
 Edad:
 Diagnóstico definitivo, Escala de Frankel:
 Fecha de lesión:
 Fecha de la entrevista:

	Previo a la lesión	Posterior a la lesión
Edad		
Estado civil		
Ocupación		

Valoración de actividades de la vida diaria humana

Cuidado personal	Comer	
	Aseo personal	
	Baño	
	Vestirse extremidades superiores	
	Vestirse extremidades inferiores	
Control de esfínteres	Manejo de vejiga	
	Manejo de intestino	
Transferencia	Cama, silla, silla de ruedas	
	Inodoro	
	Regadera	
Locomoción	Caminar- silla de ruedas	
	Escaleras	
Comunicación	Comprensión	
	Expresión	
Desarrollo social	Interacción social	
	Resolución de problemas	
	memoria	

Con ayudante	asistencia total	1
	Asistencia maxima (independencia 25%)	2
	Asistencia moderada (independencia 50%)	3
	Asistencia mínima (independencia 75%)	4
	sólo requiere supervisión	5
Sin ayudante	no necesita ayudante pero requiere un equipo especial	6
	independiente	7

Anexo 2
EuroQoL

Nombre: _____

Número: _____

1) Movilidad

- No tengo ningún problema para desplazarme
- Tengo algunos problemas para desplazarme
- Estoy confinado a una cama

2) Auto-cuidado (ejemplo; baño, higiene bucal, vestirse, peinarse)

- No tengo ningún problema con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para aseo o vestirme
- No puedo aseo o vestirme

3) Actividades cotidianas (ejemplo; trabajo, estudio, quehacer doméstico, familia o pasatiempos)

- No tengo ningún problema con la ejecución de mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas con la ejecución de mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

4) Dolor / Malestar

- No tengo ningún dolor o malestar
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar extremo

5) Ansiedad / Depresión

- No soy ansioso o presionado
- Soy moderado ansioso o presionado
- Soy extremadamente ansioso o presionado

Una escala (algo como un termómetro) en el cuál el mejor estado es 10 y el peor estado es marcado por 0.

