



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Curso Adaptación al Grado de Fisioterapia

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Pie diabético – Amputaciones Tratamiento Fisioterápico

Autora: Magdalena Villarroya Rodilla - Fisioterapeuta

Tutor: Francisco León

ÍNDICE

RESUMEN ----- Página 2

- Objetivos
- Métodos
- Resultados

JUSTIFICACIÓN ----- Página 3

INTRODUCCIÓN ----- Página 3

OBJETIVOS ----- Página 8

METODOLOGÍA ----- Página 9

- Descripción Caso
- Historia Clínica
- Plan de Intervención
- Desarrollo, Evolución y Seguimiento

CONCLUSIONES ----- Página 14

BIBLIOGRAFÍA ----- Página 15

ANEXOS ----- Página 16

RESUMEN

OBJETIVOS: Se aborda la problemática y el tratamiento fisioterápico en un paciente con diabetes mellitus, pie diabético y una doble amputación infracondilea de M.M inferiores, todo ello encaminado a tratar de conseguir una pronta recuperación y mejora de sus actividades de vida diaria, que mejoren su calidad de vida.

MÉTODO: He utilizado una muestra de un único sujeto aportando datos de su historial clínico, previa autorización del paciente.

Las valoraciones realizadas son:

- Balances articulares escala goniométrica
- Balances musculares DANIELS,
- Escala BARTHEL, para medir el grado de incapacidad mediciones del contorno perimetral del cuádriceps y del muñón.

La aplicación del tratamiento fisioterápico adecuado a las diferentes etapas según la evolución de proceso, hasta llegar a la implantación de la prótesis si esto fuera posible.

RESULTADOS: El resultado del tratamiento en un amputado de estas características, nos vendrá dado por el grado de independencia que haya podido conseguir el paciente, independencia, que viene traducida por el tipo de marcha que pueda realizar en sus desplazamientos. Hay pacientes a los que su estado general no permite la utilización de la prótesis... En el caso descrito, tras la amputación realizada en su pierna izquierda si fue posible su implantación, pudiendo incluso caminar sin muletas aunque su marcha era algo inestable. Tras la amputación de la pierna derecha las dificultades han aumentado y no conocemos todavía los resultados finales porque está en proceso de recuperación, su estado general nos hace sospechar que las limitaciones serán elevadas.

PIE DIABÉTICO Y AMPUTACIONES

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus y sus complicaciones constituyen uno de los problemas sanitarios de mayor prevalencia actualmente, esto es debido tanto al envejecimiento de la población como al aumento de factores de riesgo, como la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inapropiada. En un área de salud de 250.000 habitantes se estima que de 5000 a 7500 personas sufren D.M tipo 2 y 500 D.M. tipo 1.

INTRODUCCIÓN

La D.M. es un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por unos niveles elevados de glucemia, una deficiencia relativa ó absoluta de insulina y muchos desarreglos metabólicos y hormonales.

Hay dos categorías principales:

- D.M. TIPO 1: Insulino dependientes, aparece en la infancia ó en adultos jóvenes y sufren dependencia insulínica porque su organismo no la produce.
- D.M. TIPO 2: En este tipo de diabetes el organismo si produce insulina, pero ó bien no produce ó no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo. Es la diabetes del adulto representa el 90 ó 95% de los casos de D.M. Puede aparecer a cualquier edad, su comienzo más habitual suele ser a partir de la quinta década de la vida. Los factores expuestos anteriormente predisponen a su aparición (obesidad, sedentarismo etc.). En mujeres con antecedentes de diabetes gestacional es más frecuente. No suelen precisar insulina aunque pueden requerirla para conseguir un buen control glucémico.⁽¹⁾

Las complicaciones que nos podemos encontrar a largo plazo son de 3 tipos:

- *Neuropáticas*: Pueden afectar a cualquier nervio
Neuropática, autónoma, motora, periférica, sensitiva
- *Macrovascular*: Hipertensión
Enfermedad cerebro vascular
Vasculopatía periférica
- *Microvascular*: Retinopatía
Nefropatía⁽¹⁾

EL PIE DIABÉTICO

Es una complicación que aparece en el diabético con mal control metabólico crónico y cursa con frecuentes alteraciones mecánicas del pie y gran predisposición a desarrollar infecciones graves, siendo motivo frecuente de amputaciones (totales, parciales) de extremidades inferiores que empeoran la calidad de vida del paciente. El 15% de los diabéticos podrían padecerlo a lo largo de la enfermedad. ⁽¹⁾

PACIENTES QUE PUEDEN PADECERLO:

- Pacientes de edad avanzada
- Pacientes con más de 10 años de enfermedad
- Pacientes con mal control de azúcar
- Pacientes fumadores y/ó alcohólicos
- Pacientes retinopatía y nefropatía
- Pacientes con amputaciones previas
- Pacientes con trastornos ortopédicos (pie plano, dedos en garra)

MANIFESTACIONES DEL PIE DIABÉTICO

Pie diabético no complicado:

- *Síndrome Neuropático:*
 - Dolor espontáneo extremidades (pies), parestesias y disestesias de predominio nocturno que se alivian al deambular.
 - Zonas de hiperestésias, normoestésias, hipoestésia, anestesia.
 - Pérdida de sensibilidad térmica.
 - Disminución de reflejos osteotendinosos, aquíleos y rotulianos.
- *Síndrome Angiopático:*
 - Comienza con claudicación intermitente dolor e impotencia funcional de las extremidades inferiores durante la marcha y en reposo.
 - Amiotrofia de los músculos intrínsecos del pie osteopenia, afectación articular y pérdida de las líneas de fuerza y puntos de apoyo fisiológicos del pie, todo esto antesala de la ulcera neuropática por microtraumatismos.

El síndrome neuropático se manifiesta con frecuencia antes que el angiopático.

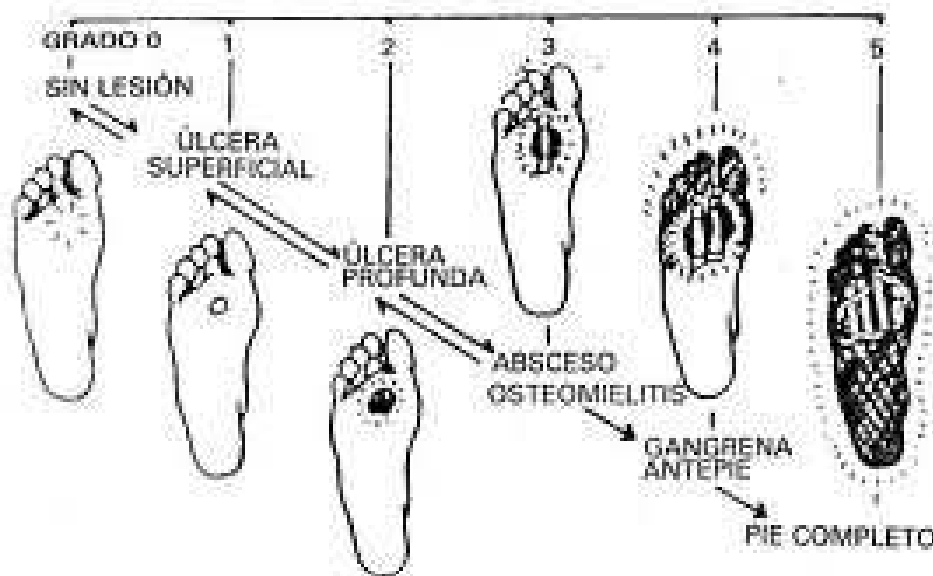
Pie diabético complicado:

- *Ulceración Neuropática:* Localización en la planta del pie o zonas de roce. Se sitúa sobre zona callosa e insensible, retardando la detección por parte del paciente y favoreciendo procesos de infección. Puede llegar desde la superficie cutánea hasta el hueso.
- *Infección:* Es frecuente porque hay factores que la predisponen, tejidos distróficos, defectos inmunitarios, pérdida sensibilidad, visión. El inicio es doloroso hay rubor, calor y exudación purulenta. La progresión de la infección a partir de las úlceras necróticas, se produce a través de las vainas tendinosas plantares, flexor propio del primer dedo, flexor común, su evolución natural es el absceso plantar.
- *Gangrena:* Es el estadio final de una isquemia aguda o crónica oscureciendo el pronóstico del paciente y dando lugar a amputaciones.

La clasificación clínica de los estadios en que cursa el pie diabético permite establecer el protocolo de tratamiento adecuado según el grado de lesión o ulceración.⁽¹⁾

La escala de WAGNER valora tres parámetros, profundidad, grado de infección y grado de necrosis.

- Grado 0: No hay lesión tratamiento será preventivo.
- Grado 1: Úlcera superficial, tratamiento dirigido a disminuir la presión sobre la zona con úlcera.
- Grado 2: Úlcera no complicada, hay infección, debe realizarse desbridación, curación tópica, antibióticos.
- Grado 3: Úlcera profunda complicada. Infección profunda con formación de accesos a menudo de osteítis, posible intervención quirúrgica.
- Grado 4: Gangrena localizada, hospitalización para valoración componente isquémico se procede a cirugía revascularizadora para evitar amputación o conseguir que esta pueda realizarse a nivel de la pierna.
- Grado 5: Gangrena de todo el pie, amputación quirúrgica.⁽²⁾

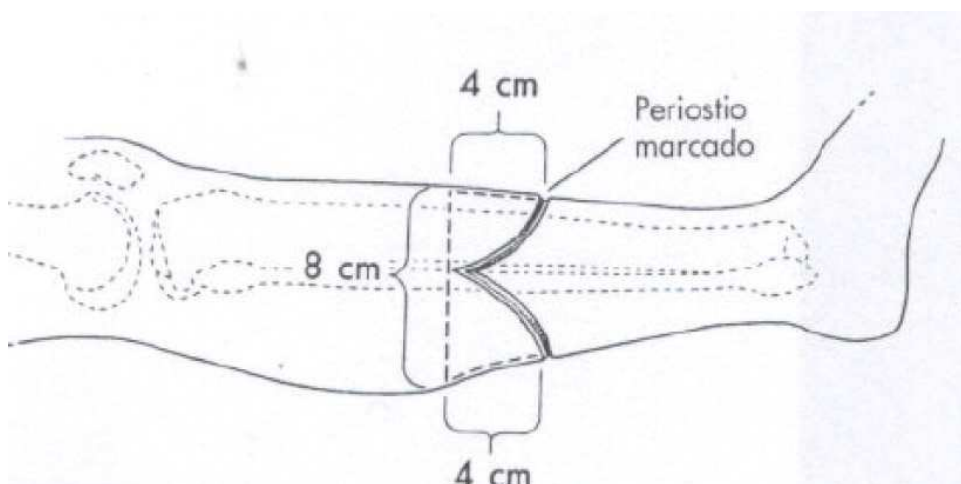
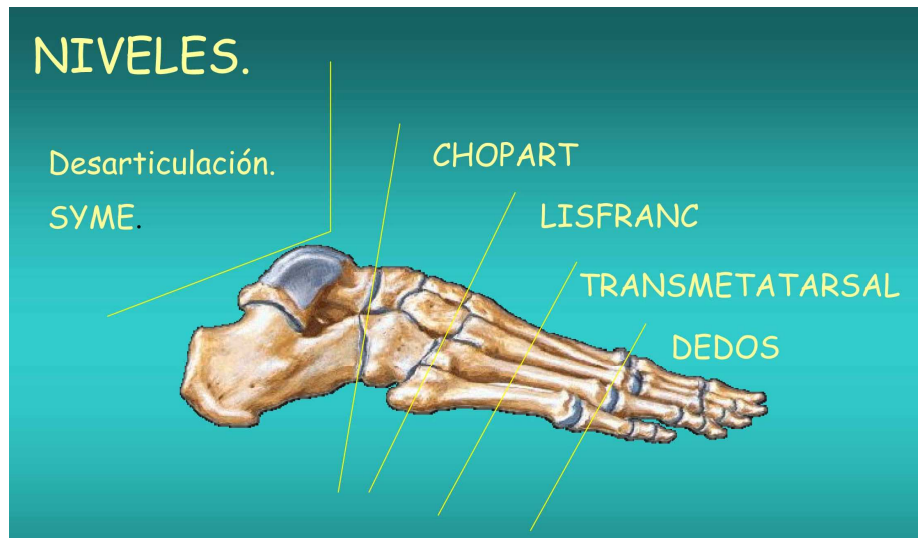


AMPUTACIONES:

La extensa necrosis tisular ó el fracaso de las alternativas terapéuticas darán pie a las amputaciones:

- Tipo A: Amputaciones distales de los dedos, indicada cuando la lesión necrótica se circunscribe a las zonas acras de los dedos. Amputación 2, 3, 4 dedos y 1 y 5.
- Tipo B: Amputación transmetatarsiana, resección de la totalidad de las falanges y epífisis distal de los metatarsianos, se consigue una buena funcionalidad del pie se conserva el grado de extensión normal de dorsiflexión del tobillo y la prótesis puede llevarse dentro de un zapato normal.
- Tipo C: Amputación tarsometatarsiana de Lisfranc – muy poco utilizada
- Tipo D: Amputación mediotarsiana de Chopart – muy poco utilizada
- Tipo E: Amputación de Syme,
 - Clásica: Descrita por SYME amputación a través de la articulación del tobillo
 - Modificada: Conlleva un corte a través de la tibia y el peroné 2,5 cms por encima del tobillo. Presenta dificultades mayores para la adaptación de la prótesis.
- Tipo F: Amputación por debajo de la rodilla, este nivel puede considerarse como el mejor nivel funcional para el paciente, tiene la

ventaja de preservar la articulación de la rodilla, facilitando un buen control de la prótesis y una marcha más natural porque el tendón rotuliano sujeta la pierna por debajo de la rodilla. Está indicada cuando la gangrena del pie invade la zona metatarsiana. El muñón ideal debe medir de 18 a 20cms, desde la interlinea de la rodilla hasta el extremo terminal de muñón. Si este mide menos de estos centímetros, hay que tener cuidado y evitar las contracturas en flexión de la rodilla ya que los potentes músculos extensores de la cadera están asociados con la flexión de la rodilla. Hasta el nivel de la inserción del tendón rotuliano, sobre la tuberosidad anterior de la tibia, el muñón puede ser protetizado unos 4cms aproximadamente. Esta amputación tiene características especiales, la piel de la cara anterior no está bien irrigada y un colgajo cutáneo anterior largo puede sufrir necrosis avascular. El muñón debe quedar bien almohadillado y sin tensión. La tibia queda antero interna.⁽⁴⁾



OBJETIVOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL:

La aplicación del tratamiento fisioterápico, encaminado a conseguir el mayor grado de autonomía del paciente, para una buena reintegración a las actividades de su vida diaria mejorando así su calidad de vida.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Mejorar la circulación y nutrición del muñón evitando la atrofia de los tejidos
2. Prevenir las retracciones musculares
3. Mantener y mejorar el balance articular
4. Mejorar y aumentar fuerza muscular, resistencia y coordinación
5. Mejorar la resistencia del muñón a presiones y roces
6. Conseguir una buena adaptación del paciente a la prótesis

METODOLOGÍA

DESCRIPCIÓN CASO

Aportamos el caso clínico de un paciente que realizó tratamiento fisioterápico, en nuestro departamento durante el año 2011 y principio del 2012, con patología de pie diabético y amputación de ambos pies, paciente que ilustra bien la patología expuesta.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 67 años, sufre diabetes mellitus tipo 2 desde los 42 años, en estos momentos insulino dependiente, tiene antecedentes familiares tanto paternos como maternos, de diabetes.

Paciente fumador, 2 paquetes diarios, en la actualidad no fuma. Bebedor que le ha originado una cirrosis hepática alcohólica, hace 16 dejó de beber, presenta así mismo hipercolesterolemia, dislipemia e hipertensión.

Durante los primeros años de su diabetes los controles de glucemia no eran muy exhaustivos, fluctuando bastante la glucosa, además de hacer una vida muy sedentaria, dando lugar a un deterioro lento y progresivo de su salud.

En la actualidad presenta también hemorragias digestivas altas por varices esofágicas que le provocan anemia y precisa transfusiones periódicamente. Insuficiencia cardíaca secundaria a tratamiento con betabloqueantes. Flutter auricular en tratamiento con sintrón.

El 06/03/2011 acude a urgencias con dolor y lesión necrótica en el 5º dedo del pie izquierdo y ante la mala evolución de la lesión el 06/04/2011 se le realiza amputación infracondilea izquierda. Previo a la amputación sufre un episodio de hemorragias digestivas, con pérdida de conciencia y vómitos en poso de café, se transfunde concentrado de hematíes y se esclerosa punto de sangrado. Preciso así mismo valoración por el servicio de psicosomática por ánimo decaído y sensación de tristeza. El posoperatorio transcurre favorablemente y tras retirar puntos de sutura inicia la rehabilitación hasta octubre 2011.

El 14/11/2011 ingresa de nuevo en el hospital, con una lesión necrótica húmeda en el 2º dedo del pie derecho.

Se realiza arteriografía de extremidad inferior derecha que muestra calcificación del eje fémoro - poplíteo y amputación troncos distales. El día 02/12/2012 se realiza Amputación Infracondílea.

En el posoperatorio es valorado por nefrología por presentar cuadro de insuficiencia renal asociado a un episodio de anemia. Así mismo es valorado

por digestivo por presentar deposiciones melénicas por la existencia en intestino delgado de 3 lesiones angiodisplásicas. Estabilizado el paciente recibe el alta hospitalaria, habiendo iniciado el tratamiento fisioterápico.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Tratamiento fisioterápico:

- *Fase Preoperatoria:*

Lo ideal sería iniciar el tratamiento en esta fase, pero en este tipo de pacientes es difícil establecer su programación. Realizaríamos ejercicios respiratorios abdominales, potenciaríamos los músculos que formarán el muñón, cuádriceps, isquiotibiales, tibial y peroneos. Potenciaríamos miembros superiores y tronco.

- *Fase Posoperatoria:*

1. Primero se harán contracciones isométricas del muñón (10-15 contracciones, 5-10 veces al día) en los pacientes con insuficiencia cardiaca no están indicados porque dificultan la acción del miocardio.
2. Movilizaciones pasivas del muñón.
3. Iniciaremos el vendaje del muñón sino presenta problemas en la cicatrización, vendando siempre de distal a proximal, evitando pliegues en la piel, y haciendo un vendaje que nos permita fácil movilidad y no actúe como torniquete.
4. Haremos un adecuado tratamiento postural para evitar retracciones en cadera y rodilla.
5. Realizaremos ejercicios activos resistidos del muñón y de la musculatura de la cadera, ejercicios de extensión-abducción-aducción y ejercicios de cuádriceps e isquiotibiales.
6. Potenciaremos bien glúteo mayor y medio para que posteriormente nos estabilicen la marcha.
7. Haremos masaje de golpeteo e insensibilización del muñón.
8. Potenciaremos la musculatura de tronco (erectores y abdominales) al igual que la de MM SS y del miembro contrario. A los 20-25 días haremos una valoración y si no hay ninguna contraindicación, continuaremos con el plan anterior e insistiendo especialmente en el vendaje del muñón aumentando la compresión para una buena conformación.
9. Trabajaremos así mismo transferencias, equilibrio, coordinación, propiocepción, marcha en paralelas y con bastones, cuando haya una buena evolución aproximadamente sobre los 40-50 días el ortopédico hará una prótesis provisional e iniciaremos la enseñanza de su colocación y reeducación de la marcha en paralelas, después con bastones, con dos

puntos de apoyo, luego con cuatro y si nos fuera posible eliminaríamos un bastón, trabajaremos rampa escalera, y todo aquello que veamos de utilidad para su vida diaria, levantarse sentarse etc.

Hacia los 6 meses suele ya colocarse la prótesis definitiva. Toda la reeducación debe adaptarse al estado general del paciente especialmente si hay sintomatología cardiovascular, respiratoria, que nos puede limitar la marcha, la edad también será otro factor a tener en cuenta, el muñón en ocasiones puede darnos problemas por su retardo en la cicatrización o por la aparición de exostosis y neuromas.

En estos pacientes es frecuente la valoración por parte del departamento de psicósomática, porque a menudo presentan como consecuencia de su amputación cuadros de ansiedad o depresivos que lógicamente dificultan su evolución, para determinar el grado se utiliza la escala hospitalaria de ansiedad y depresión HADS.⁽³⁾

DESARROLLO, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

El paciente que nos ocupa, inicia el tratamiento en nuestra unidad el 13/04/2011 tras la amputación de la primera pierna, a su inicio presenta:

Balance articular: EE.SS 5/5
EE.II 5/5

Balance muscular: Flexores, psoas, glúteos 5/5

Índice de Barthel: 50%

Longitud del muñón: 18cm

No dolor ni sensación miembro fantasma, se realiza tratamiento fisioterápico durante los meses de abril y mayo, realizando el programa expuesto anteriormente, como única incidencia a resaltar nos encontramos con retraso en la cicatrización de los bordes tanto interno como externo de la herida quirúrgica del muñón que nos dificulta el vendaje así como la implantación de la prótesis.

En junio se solicita valoración al ortopédico para su colocación. En agosto puede hacer ya marcha con bastones limitada por dolor en el apoyo patelar y en la zona distal anterior, se revisa la prótesis y se modifica el encaje. En septiembre vuelve a tener molestias y hay que modificarlo de nuevo, en octubre camina ya sin bastones aunque en ocasiones su coordinación no es muy buena. El índice de Barthel ya es de un 90%.

Tras reingreso por necrosis en el 2º dedo del pie derecho el 14/11/2011 sufre amputación infracondilea pierna derecha. Hasta el 13/01/2012 por diferentes complicaciones surgidas en el posoperatorio.

A su inicio no refiere dolor, sensación ocasional miembro fantasma.

Balance articular: P-I 5/5
P-D 5/5

Balance muscular global: P-D 4/5
P-I 4/5

Contorno perimetral cuádriceps: - Pierna derecha: A 10cms - 40cms
20cms - 47cms

- Pierna izquierda: A 10cms - 41cms
20cms - 47,5cms

Perímetro muñón: 36cms

Longitud muñón: 11cms

Índice de Barthel: 40%

Durante el primer mes de tratamiento, insistimos en la realización de:

- Ejercicios de respiración abdomino-diafragmática.
- Potenciación muscular en pierna amputada e izquierda
- Potenciación tronco y miembros superiores todo ello de forma moderada
- Masaje golpeteo para insensibilizar muñón y vendaje de este

La insuficiencia cardíaca del paciente nos ha limitado el trabajo al igual que la lenta cicatrización de la herida quirúrgica nos ha dificultado el vendaje del muñón, su ánimo en esos momentos era bajo.

Durante el segundo mes el proceso de cicatrización ha mejorado permitiéndonos hacer un mejor vendaje moldeador del muñón, además de continuar con la potenciación muscular iniciamos trabajo en paralelas, de equilibrio, propiocepción, patrón estático de marcha y marcha con desplazamiento esta última la realiza con mucha dificultad por sobrecarga y molestia en la pierna izquierda a finales de marzo ya cicatrizada completamente la herida se le da de alta y continua realizando vendaje y ejercicios en domicilio.

En el momento de alta presentaba:

Balance articular: 5/5

Balance muscular global: 5/5

Contorno perimetral cuádriceps: - Pierna derecha: A 10cms - 41cms
20cms - 47,5cms

- Pierna izquierda: A 10cms - 42cms
20cms - 48cms

Perímetro contorno muñón: 33cms

Índice de Barthel: 65%

Revisado a finales de abril se solicita valoración al ortopeda para posible implantación de prótesis proceso en el que está en estos momentos.

CONCLUSIONES

En este tipo de pacientes donde la edad y otras complicaciones juegan un papel importante las expectativas en cuanto a los resultados serán modestas. En el caso expuesto las limitaciones posiblemente serán muchas y puede que solo hayamos cubierto un mínimo de los objetivos. Por eso observamos que en el paciente diabético es muy importante tanto la práctica de hábitos de vida saludable como realizar un buen control de su diabetes. Los equipos de atención primaria tienen un papel muy importante en la consecución de estos objetivos, el trabajo preventivo evitaría llegar a situaciones de tanto deterioro.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos científicos:

- GARCÍA E y FERNÁNDEZ E. - FISIOTERAPIA EN LA DIABETES MELLITUS
FISIOTERAPIA A.E.S.F. 2002 - Vol. 24 - Pág. 34, 40, 41, 42, 43. - **(1)**
- PÉREZ FERNÁNDEZ M^ªR y NÓVOA CASTRO - EJERCICIO TERAPÉUTICO EN LA DIABETES - FISIOTERAPIA A.E.S.F. 2002 - Vol. 22 - Pág. 21. - **(2)**

Cita libros:

- W. HUMM - REHABILITACIÓN DEL AMPUTADO MIEMBRO INFERIOR
BARCELONA EDITORIAL JIMS 1985 - Pág. 16, 17, 18. - **(3)**
- VITALI MIROSLAW, ROBINSON KINGSLEY, ANDREWS BRIAN G y HARRS EDWARD E. - AMPUTACIONES Y PROTESIS
BARCELONA Editorial JIMS 1984 - Pág. 147, 148, 149, 150. - **(4)**

Otra bibliografía consultada:

- FARRERAS VALENTÍ P. - MEDICINA INTERNA - CAP: METABOLISMO Y NUTRICIÓN, DIABETES MELITUS
Editorial MARIN S.A. - Pág. 482, 483, 484
- LOMAS V. - POLINEUROPATÍAS Y POLIRRADICULOPATÍAS,
FISIOTERAPEUTAS DE INSTITUCIONES SANITARIAS Vol. II
Ed. Mad. 2000
- ROSADO CALATAYUD P. RUBIO CASQUET A. Y GONZÁLEZ JIMÉNEZ M^ªV. - TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN EL MM.II
FISIOTERAPIA A.E.S.F. 1988 - Pág. 10, 11, 12 y 13

ANEXOS

- Índice de Barthel
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión HADS

1^{er} Apellido _____
 2^o Apellido _____
 Nombre _____ N° de Historia
 Fecha _____ Cama _____ Servicio _____

INDICE DE BARTHEL

	PUNTUACIÓN						
FECHA							
COMER <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
LAVARSE-BAÑARSE <input type="checkbox"/> Independiente (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
VESTIRSE <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
ASEO PERSONAL <input type="checkbox"/> Independiente (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
CONTINENCIA ANAL <input type="checkbox"/> Continente (10) <input type="checkbox"/> Accidente ocasional (5) <input type="checkbox"/> Incontinente (0)							
CONTINENCIA VESICAL <input type="checkbox"/> Continente (10) <input type="checkbox"/> Accidente ocasional (5) <input type="checkbox"/> Incontinente (0)							
USO DEL WC <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
TRANSFERENCIAS SILLON / CAMA <input type="checkbox"/> Independiente (15) <input type="checkbox"/> Mínima ayuda (10) <input type="checkbox"/> Gran ayuda (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
DEAMBULACIÓN <input type="checkbox"/> Independiente (15) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (10) <input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Dependiente (0)							
PUNTUACIÓN TOTAL							

- | | |
|---------|----------------------|
| 0 - 20 | DEPENDENCIA TOTAL |
| 21 - 60 | DEPENDENCIA SEVERA |
| 61 - 90 | DEPENDENCIA MODERADA |
| 91 - 99 | DEPENDENCIA ESCASA |
| 100 | INDEPENDENCIA |

4. ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION (HAUSA)

Me siento tenso o "molesto" (A)

- 3. Todos los días
- 2. Muchas veces
- 1. A veces
- 0. Nunca

Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D)

- 0. Como siempre
- 1. No lo bastante
- 2. Sólo un poco
- 3. Nada

Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder (A)

- 3. Totalmente, y es muy fuerte
- 2. Sí, pero no es muy fuerte
- 1. Un poco, pero no me preocupa
- 0. Nada

Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D)

- 0. Igual que lo hice siempre
- 1. Ahora no tanto
- 2. Casi nunca
- 3. Nunca

Tengo la cabeza llena de preocupaciones (A)

- 3. La mayoría de las veces
- 2. Con bastante frecuencia
- 1. A veces, aunque no muy a menudo
- 0. Sólo en ocasiones

Me siento alegre (D)

- 3. Nunca
- 2. No muy a menudo
- 1. A veces
- 0. Casi siempre

Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado (A)

- 0. Siempre
- 1. Por lo general
- 2. No muy a menudo
- 3. Nunca

Me siento como si cada día estuviera más lento (D)

- 3. Por lo general, en todo momento
- 2. Muy a menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

Tengo sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago (A)

- 0. Nunca
- 1. En ciertas ocasiones
- 2. Con bastante frecuencia
- 3. Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto físico (D)

- 3. Totalmente
- 2. No me preocupo tanto como debiera
- 1. Podría tener un poco más de cuidado
- 0. Me preocupa igual que siempre

Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento (A)

- 3. Mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nada

Me siento optimista respecto al porvenir (D)

- 0. Igual que siempre
- 1. Menos de lo que acostumbraba
- 2. Mucho menos de lo que acostumbraba
- 3. Nada

Me asaltan sentimientos repentinos de pánico (A)

- 3. Muy frecuentemente
- 2. Bastante a menudo
- 1. No muy a menudo
- 0. Nada

Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión (D)

- 0. A menudo
- 1. A veces
- 2. No muy a menudo
- 3. Rara vez

TOTAL (A)

TOTAL (D)

TOTAL (A+D)