

TEMA 2.- CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

1.- CONCEPTOS BÁSICOS

☞ Términos relacionados con ansiedad: miedo, fobia, angustia y estrés.

1.1.- ANSIEDAD Y ANGUSTIA:

☞ A partir de la influencia latina y de la psiquiátrica francesa, se estableció en nuestro país (tradicción psiquiátrica española), la separación entre

- Ansiedad (predominio de componentes psíquicos)
- Angustia (predominio de componentes físicos).

☞ Sin embargo, en la psicología española, no se asume esta distinción, permaneciendo únicamente el término ansiedad en su variante somática y cognitiva.

1.2.- ANSIEDAD Y MIEDO:

☞ En términos generales, miedo y ansiedad, se utilizan de forma equivalente.

	MIEDO	ANSIEDAD
TRADICIONALMENTE	Se asocia a algún tipo externo de estímulo amenazante identificable.	Estado emocional más difuso y sin fuente externa de amenaza reconocible. (Los estímulos externos elicitors pueden existir aunque no sean fácilmente identificables.)
EPSTEIN (Términos de acción)	Drive que motiva la conducta de evitación (escape), ante la percepción de un estímulo de amenaza.	Estado emocional de miedo no resuelto o estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de la amenaza.
BARLOW	Alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto efecto negativo (componentes biológicos y automáticos y orientación hacia el presente).	Aprensión ansiosa. Combinación difusa de emociones (naturaleza cognitivo-afectiva), orientada hacia el futuro.

1.3.- MIEDO Y FOBIA:

☞ Marks: Las fobias deben cumplir los siguientes requisitos:

- 1) Existencia de miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación.
- 2) El miedo conduce necesariamente a la evitación de la situación temida. Este es el requisito de mayor relevancia, aunque la evitación no constituye en sí mismo un problema clínico, a no ser que existan contingencias de aproximación hacia la situación temida.
- 3) No existe explicación lógica del fenómeno (carácter irracional de las fobias).
- 4) Sobrepasan el posible control voluntario.
- 5) Producen cierto grado de malestar y sufrimiento.

1.4.- DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

☞ En términos fenomenológicos (subjetivos):

Reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del SN Autónomo.

☞ Definiciones más operativas:

Reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo. La respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro ⇒ La ansiedad posee una utilidad biológica-adaptativa. Cuando se anticipa un peligro irreal, la ansiedad es desadaptativa.

☞ Características de la ansiedad patológica:

- Diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal: Algunos autores indican que es una manifestación más frecuente, persistente e intensa que la ansiedad normal.
- Diferencias cualitativas en un sistema categorial (dominante en la actualidad): características de personalidad, creencias personales de enfermedad, presiones familiares)

- ☞ A veces, la distinción entre ansiedad normal y patológica, resulta problemática: El desarrollo de ansiedad social es normal durante el periodo evolutivo de la adolescencia.

2.- COMPONENTES DE LA ANSIEDAD

2.1.- EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA

- ☞ La ansiedad implica al menos, 3 componentes, modos o sistema de respuesta.

- Subjetivo-cognitivo o verbal cognitivo:
 - Relacionado con la propia experiencia interna.
 - Incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad (experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión).
 - El componente subjetivo es el elemento central.

- Fisiológico-somático:
 - Incremento de la actividad del SN Autónomo con cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial), como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria).
 - La experiencia subjetiva de estos cambios es percibida de forma molesta y desagradable, contribuyendo a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

- Motor-conductual:
 - Componentes observables de la conducta.
 - Respuestas instrumentales de escape (huída) y evitación.

2.2.- DISOCIACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE RESPUESTA

- ☞ Las 3 modalidades de respuesta, pueden no covariar entre sí (fraccionamiento de respuestas).
- ☞ No obstante, la disociación entre los 3 tipos de respuesta está bastante aceptada en el ámbito científico.
- ☞ Investigación: Búsqueda de perfiles de respuesta diferenciales en los pacientes con trastornos de ansiedad.
- ☞ Rachman: Refirió 8 patrones de respuestas de los que sólo 4 poseen valor clínico.
- ☞ La importancia de los perfiles de respuesta se ha demostrado:
 - A nivel de diagnóstico (separar grupos de pacientes).
 - Implementación de tratamientos (mayor eficacia del tratamiento maximizando la consonancia perfil/terapia).
 - Pronóstico (a mayor concordancia, mejor pronóstico terapéutico).

3.- NEUROSIS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- ☞ Para comprender la actual categorización y conceptualización de la ansiedad, hay que tener en cuenta los cambios históricos que se han ido produciendo en la psicopatología de los problemas emocionales.

3.1.- NEUROSIS Y ANSIEDAD

- ☞ El término ansiedad no aparece en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) hasta su 7ª edición (1955).
- ☞ Lo que hoy entendemos por ansiedad, ha sido un elemento incluido en el tradicional concepto de neurosis.
- ☞ Cullen:

Estableció una interpretación vitalista de la enfermedad: Las neurosis (irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido, etc), eran producidos por alteración del SN (alteración de los fluidos neurales).

📖 Freud: (S. XIX)

Comienza a desarrollarse de forma significativa el concepto de neurosis y la psicopatología de la ansiedad.

La ansiedad era el componente central de las neurosis. (una "señal de peligro"; Reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa).

Empleó el concepto de neurosis con fines descriptivos (para describir los síntomas del malestar emocional) y etiológicos (para referirse a procesos de defensa contra la ansiedad).

Freud conceptuó las neurosis como trastornos de origen no orgánico.

Distinguió 2 grandes tipos de neurosis según que la ansiedad fuera inferida o experimentada:

- Neurosis fóbicas y neurosis de ansiedad (ansiedad sentida).
- Neurosis obsesivo-compulsiva e histeria (ansiedad inferida).

📖 El concepto de neurosis ha sido aceptado en psicopatología durante gran parte de éste siglo. Ha servido para separar los trastornos emocionales de las alteraciones psicóticas.

Las neurosis son trastornos opuestos a las psicosis, pues en las neurosis:

- Permanece intacto el contacto con la realidad.
- No existe violación de las normas sociales.
- Los síntomas son reconocidos por los pacientes como inaceptables.
- El principal foco de alteración lo constituyen los síntomas de malestar/sufrimiento emocional.

📖 La consolidación del concepto de neurosis también depende de la influencia de Eysenck, aunque plantea la conducta anormal más en términos dimensionales que categoriales.

📖 Diferencia fundamental entre la descripción de neurosis de Eysenck y Freud.

- Eysenck, entiende las neurosis y las psicosis según dimensiones independientes.

- Freud, las categorías de neurosis y psicosis se sitúan sobre una única dimensión de funcionamiento del yo (las psicosis poseen mayor grado de regresión que las neurosis).
- ☞ Roth, destaca la utilidad del "Síndrome neurótico general" (SNG): Continuo unitario en cuyos polos opuestos se sitúan la ansiedad y la depresión.

Al margen del interés heurístico del SNG, actualmente es más un planteamiento teórico que algo contrastado empíricamente.

3.2.- LA HERENCIA FREUDIANA

- ☞ Hasta épocas muy recientes, los sistemas categoriales sobre los trastornos de ansiedad, han estado dominados por el concepto de neurosis:

3.2.1.- DSM-I

- ☞ Trastornos psiconeuróticos.
- ☞ Se incluía el término de "reacción" debido a la influencia ambientalista de Adolf Meyer (reacción de conversión, reacción disociativa).

3.2.2.- DSM-II

- ☞ Trastornos neuróticos (neurosis).
- ☞ hay una vuelta a los planteamientos de Freud (La reacción de conversión y la disociativa son recalificadas como "neurosis histérica de conversión" y "neurosis histérica disociativa").
- ☞ El DSM-II establece los siguientes síndromes de neurosis (muchos de ellos hoy se entienden como trastornos de ansiedad):
 - Neurosis de ansiedad.
 - Neurosis histérica (de conversión y disociativa).
 - Neurosis fóbica.

Neurosis obsesivo-compulsiva.

- Neurosis depresiva.
 - Neurosis neurasténica.
 - Neurosis de despersonalización.
 - Neurosis hipocondríaca.
- } No presentes en el DSM-I

3.2.3.- CIE (OMS)

☞ La OMS (CIE) define la "neurosis neurasténica" en base a presencia de quejas recurrentes de fatigabilidad, debilidad o agotamiento tras algún tipo de esfuerzo.

☞ Dos tipos:

- Fatigabilidad mental.
- Fatigabilidad física.

☞ Ambos tipos tienen síntomas somáticos comunes (cefalea tensional, vértigo, sensación de inestabilidad, mareos, irritabilidad y dificultades para relajarse). Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas de ansiedad y depresión.

3.3.- DSM-III: LA NUEVA ERA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

☞ El DSM-III supone un cambio radical sobre sus antecesores. Es más descriptivo y detallado, más específico, más fiable y válido, elude los supuestos etiológicos psicodinámicos (ateórico), y se centra más en conductas observables que en las inferidas.

☞ Incluye por primera vez el grupo de "trastornos de ansiedad".

3.3.1.- Cambios respecto al DSM-II

☞ Desaparece el grupo general de neurosis y es sustituido por los 3 grupos siguientes:

- Trastornos de ansiedad.

- Trastornos somatoformes.
- Trastornos disociativos.

☞ Desaparece como cuadro clínico la neurosis neurasténica.

☞ Se define y caracteriza por primera vez el TEP (trastornos de estrés postraumático o neurosis traumática).

☞ Mantiene dos grandes subgrupos de trastornos de ansiedad:

- Trastornos fóbicos.
- Estados de ansiedad.

Se basan en la idea tradicional de separar los trastornos de ansiedad en función de que esta se asocie (trastornos fóbicos) o no (estados de ansiedad) a objetos o situaciones específicas.

☞ Se definen por vez primera los principales cuadros clínicos de la ansiedad.

☞ Los trastornos de ansiedad se separan de forma definitiva de otras alteraciones como los trastornos somatoformes (histeria de conversión y neurosis hipocondríaca en el DSM-II) y trastornos disociativos (histeria disociativa y neurosis de despersonalización en el DSM-II). En éstos trastornos la ansiedad es inferida.

3.3.2.- Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-III

(entre paréntesis la correspondencia con el DSM-II)

A. Trastornos fóbicos (Neurosis fóbica)

- 1) Agorafobia con ataques de pánico
- 2) Agorafobia sin ataques de pánico
- 3) Fobia social
- 4) Fobia simple

B. Estados de ansiedad (Neurosis de ansiedad)

- 1) Trastorno de pánico
- 2) Trastorno de ansiedad generalizada
- 3) Trastorno obsesivo-compulsivo
- 4) (Neurosis obsesivo-compulsiva)

C. Trastorno de estrés postraumático (no en DSM-II)

- 1) Agudo
- 2) Crónico o tardío

D. Trastorno de ansiedad atípico.

E. Trastornos de ansiedad de inicio en la infancia o adolescencia.

- 1) Trastorno de ansiedad de separación (incluido en La neurosis fóbica)
- 2) Trastorno de evitación (reacción de aislamiento)
- 3) Trastorno de hiperansiedad (Reacción de hiperansiedad)

☞ En resumen: dos grandes tipos de cambios con la publicación del DSM-III:

- De tipo conceptual: Supresión del término "neurosis" como elemento central.
- De tipo operacional: Descripción y especificación de las características clínicas de los trastornos, atendiendo más a conductas observables.

3.3.3.- Barlow: Razones por las que el DSM-III ha tenido tanta aceptación:

☞ Es un sistema relativamente ateórico.

☞ Altamente descriptivo y específico.

☞ Posee enorme valor heurístico.

☞ Permite que los investigadores sean capaces de comunicarse entre sí.

☞ Supone ver la ansiedad de forma descriptiva y *no como un fenómeno inconsciente*.

4.- CATEGORIZACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

☞ El DSM-III estimuló el desarrollo de nuevos métodos estructurados de evaluación para los trastornos de ansiedad como el ADIS (entrevista semiestructurada).

☞ El DSM-III sigue teniendo problemas asociados a su validez.

☞ Se plantea la necesidad de:

- 1) Reagrupar los trastornos fóbicos dadas las características diferenciales de la agorafobia.
- 2) Establecer criterios diagnósticos menos jerárquicos.
- 3) Evaluar rangos más amplios de conducta que los establecidos por el DSM-III.
- 4) Modificar los criterios del TAG (trastorno de ansiedad generalizada).
- 5) Incluir trastornos mixtos de ansiedad/depresión.
- 6) Incluir síndromes de ansiedad causados por factores orgánicos.

4.1.- AVANCES DEL DSM-III-R Y DEL DSM-IV

4.1.1.- Cambios del DSM-III-R con respecto al DSM-III:

- ☞ Suprime los subgrupos de "trastornos fóbicos" y "estados de ansiedad".
- ☞ Mejora los criterios diagnósticos del TAG, dejando de ser un trastorno residual y convirtiéndose en una entidad clínica definida en torno al concepto de "preocupación".
- ☞ Respecto al trastorno de pánico no hay grandes modificaciones aunque sí hay cambio conceptual:
 - La agorafobia con ataques de pánico es subsumida por el trastorno de pánico.
 - El trastorno de pánico es primario a la agorafobia (la prevalencia de agorafobia sin trastornos de pánico es baja).

4.1.2.- Paso del DSM-III-R al DSM-IV:

- ☞ No supone un cambio estructural significativo.
- ☞ Los principales cambios se refieren a especificación de criterios y tipos (dentro de las categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías. La categorización de los trastornos de la infancia y adolescencia también sufre algunas alteraciones:

- Los criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico permanecen invariables, excepto algunas modificaciones prácticas: El diagnóstico ahora se establece por la presencia de ataques de pánico recurrentes durante un periodo mínimo de 1 mes (El DSM-III-R exigía un mínimo de 4 ataques durante el mismo periodo).
- Introducción de los tipos de fobia específica (se sustituye la denominación de fobia simple por el de fobia específica).
- La diferenciación de los tipos agudo y crónico del trastorno de estrés postraumático reaparece en el DSM-IV (presente en el DSM-III).
- Separación entre 3 tipos diferentes de ataques de pánico: inesperado, limitado situacionalmente y, predispuesto situacionalmente.
- Introducción de nuevas categorías de trastornos de ansiedad:
 - Trastorno de estrés agudo (En el CIE-10, el trastorno equivalente es la reacción de estrés aguda).
 - Trastorno de ansiedad por condición médica general.
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Una de las principales diferencias entre el trastorno de estrés agudo y el TEP, obedece a parámetros temporales (el primero ocurre en el primer mes que sigue al suceso traumático, y en el TEP puede ocurrir más tarde y tiene una duración mayor de un mes).
- Tendencia a una interpretación unitaria de los trastornos de ansiedad, con independencia de la etapa de desarrollo evolutivo de la persona.

<u>Categorías de la infancia y la adolescencia</u>	<u>Equivalentes funcionales de</u>
Trastorno de ansiedad de separación	Agorafobia
Trastorno de hiperansiedad	El trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de evitación	La fobia social

- El trastorno de ansiedad de separación se mantiene como único trastorno de ansiedad específico de la infancia/adolescencia, en los 3 sistemas clasificatorios (DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10).

- El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el TEP, no son considerados por la CIE-10 como trastornos de ansiedad (sí por los sistemas DSM):
 - El TEP es clasificado en el grupo de las "reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación".
 - El TOC conforma una categoría separada con varios tipos.

4.2.- FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

4.2.1.- Fiabilidad:

- ☞ Se refiere o viene dada por una adecuada descripción de subgrupos específicos de síntomas, que sean fiablemente identificados por observadores independientes.
- ☞ Las principales investigaciones sobre fiabilidad y validez se han efectuado en base al DSM-III-R y al DSM-IV.
- ☞ Fiabilidad y validez: favorecidas por el desarrollo de entrevistas estructuradas para evaluar los trastornos de ansiedad de acuerdo con los criterios específicos del DSM (ADIS).
- ☞ Barlow ha llevado a cabo algunos trabajos sobre fiabilidad basándose en el DSM-III aplicando la ADIS, y encontrando coeficientes de fiabilidad que varían entre el 0.91 para la fobia social y el 0.56 para la fobia simple.
 - Los coeficientes más altos correspondían a la fobia social, agorafobia con pánico y TOC.
 - Los coeficientes más bajos, a la fobia simple, TAG y trastorno de pánico.
- ☞ Más recientemente, trabajos sobre fiabilidad basándose en el DSM-III-R: Valores de kappa muy cerca del 0.90.
- ☞ La fiabilidad del TAG sigue siendo moderada (0.60 y 0.54) ⇒ Su diagnóstico requiere una reforma sustancial que se produce en el DSM-IV.

4.2.2.- Validez:

Viene dada por la utilidad de identificar trastornos específicos (predecir las respuestas al tratamiento, el curso del trastorno y la etiología).

5.- COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

5.1.- CONCEPTO E IMPLICACIONES

- ☞ Comorbilidad o co-ocurrencia: similitud o solapamiento de síntomas que se produce entre varios trastornos.
- ☞ La co-ocurrencia no solo se evidencia entre los trastornos de ansiedad, sino también entre ansiedad y depresión.
- ☞ Los trastornos de ansiedad también comparten síntomas con:
 - Trastornos somatoformes (hipocondriasis).
 - Trastornos psicósomáticos.
 - Disfunciones sexuales.
 - Alteraciones del sueño.
 - Alcoholismo y drogadicción.
- ☞ El concepto de comorbilidad se utiliza también para indicar que dos o más trastornos diferentes se dan conjuntamente (co-ocurren), en la misma persona. En éste sentido es particularmente elevada para los trastornos de ansiedad y, posee enormes implicaciones terapéuticas así como, otras relacionadas con el origen, curso y pronóstico del trastorno.
- ☞ La presencia de un trastorno de ansiedad incrementa la posibilidad de que aparezca otro.
- ☞ Los sistemas de tipo categorial impiden que, a veces, sean diagnosticados más de un trastorno. Este problema ha sido solucionado por el DSM-III-R al modificar los criterios de las jerarquías diagnósticas: Un individuo puede ser diagnosticado de 3 trastornos; Uno, debe ser el que corresponde al diagnostico principal o primario, y los otros, secundarios o concurrentes.
- ☞ El DSM-III-R reconoce la importancia de la comorbilidad y, en particular, con respecto al TAG.

5.2.- FRECUENCIA DE COMORBILIDAD

- ☞ Los estudios de comorbilidad pertenecen a estudios epidemiológicos (estudios de poblaciones) y a estudios clínicos (sesgados).

- ☞ Las tasas de comorbilidad son significativamente mayores en las muestras clínicas.

5.2.1.- Datos de proyectos epidemiológicos:

- ☞ Únicamente el 33,8% de todos los casos de ansiedad, recibe diagnóstico de un solo trastorno de ansiedad.
- ☞ Elevada frecuencia de coocurrencia de agorafobia y fobia específica.

5.2.2.- Investigaciones con sujetos clínicos:

- ☞ Las tasas de comorbilidad varían mucho de unos estudios a otros.
- ☞ La fobia específica es el trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico secundario (en particular con la fobia social y con la agorafobia). Es el trastorno que, como diagnóstico principal, menos diagnósticos secundarios posee. Esto es congruente con la asunción de que las fobias específicas son las que implican menor grado de gravedad clínica.
- ☞ Patrón inverso con el TAG: Exhibe el menor grado de frecuencia como síndrome comórbido con otros trastornos de ansiedad y, en cambio, es uno de los trastornos con el que concurren más diagnósticos secundarios ⇒ Demuestra el carácter de éste trastorno como entidad clínica independiente (no como síndrome residual).
- ☞ La depresión se da frecuentemente asociado a algún trastorno de ansiedad (como diagnóstico primario o secundario) ⇒ Esto ha llevado a designar como entidad clínica el "trastorno mixto de ansiedad depresión" (Ansiedad y depresión se dan pocas veces como entidades puras).

5.3.- COMORBILIDAD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

- ☞ En edades infantiles también son importantes los solapamientos entre ansiedad y depresión.
- ☞ El trastorno de ansiedad de separación (TAS), coexiste a veces con otros trastornos de ansiedad y depresión.

☞ Elevados porcentajes de diagnósticos secundarios de:

- Fobia específica y agorafobia asociados al TAS.
- Fobia social y fobia específica asociados al THA (trastorno de hiperansiedad).

☞ Nula coocurrencia entre el THA y el trastorno de pánico o depresión mayor.

6.- ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

☞ Durante los últimos años, interés particular sobre la posibilidad de que exista o no un síndrome propio, específico, mixto, de ansiedad/depresión.

☞ La comorbilidad entre ambos trastornos es elevada.

☞ Es frecuente que los pacientes con trastorno de pánico (con o sin agorafobia), con TOC, o con TAG, cumplan también los requisitos para el diagnóstico de depresión mayor o disitimia.

☞ Sin embargo, a veces, coexisten síntomas de ansiedad y depresión, y resulta difícil o imposible, establecer un diagnóstico primario de ansiedad o depresión.

☞ El DSM-IV, no incluye una categoría mixta de ansiedad/depresión, aunque, contempla la posibilidad de una alteración mixta de ansiedad-depresión, dentro del "trastornos de ansiedad no especificado".

☞ La CIE-10, define un trastorno mixto de ansiedad-depresión para los casos en que, ninguno de los dos trastornos predomine claramente.

☞ Las formas menores de ansiedad y depresión, tienden a presentar perfiles de gran solapamiento de síntomas, siendo muy frecuentes en los servicios de salud de asistencia primaria ⇒ El solapamiento de síntomas de ansiedad/depresión y la severidad correlacionan inversamente.

☞ Las personas con síntomas mixtos de ansiedad-depresión, representan un tipo de población con alto riesgo para desarrollar formas más severas de los trastornos afectivos o de ansiedad, cuando son expuestos a algún suceso vital importante ⇒ Este cuadro mixto de ansiedad-depresión, podría representar una fase prodrómica de la enfermedad o, una fase residual de una forma más severa de la enfermedad.

☞ Clark y Watson, proponen un modelo tripartito de ansiedad/depresión:

- 1) Afecto negativo (común en ansiedad y depresión).

2) Hiperactivación fisiológica (Específico de la ansiedad).

3) Anhedonia o disminución del afecto positivo (específico de la depresión).

- Los pacientes cuyos síntomas dominantes no son específicos, y muestran niveles moderados de factores específicos, deben ser diagnosticados de trastorno mixto de ansiedad-depresión moderado.
- Cuando los pacientes tienen niveles muy elevados de afecto negativo, así como de anhedonia y de activación fisiológica, son diagnosticados de trastorno mixto de ansiedad-depresión severo.
- Este modelo se basa en el concepto de afecto positivo y de afecto negativo, como 2 dimensiones de afectividad independientes.
- Han desarrollado un instrumento psicométrico para evaluar estas 2 dimensiones (PANAS).

