



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOVIS INPONETUR VIRILISTOGA. 1948

Facultad de Psicología

Tesis en opción al título de Máster en Psicología Médica

**Título: Factores de riesgo psicosociales
asociados a la hipertensión arterial esencial
en adolescentes.**

Autora: Lic. Yudit Pérez Díaz

**Tutoras: *Dra. Vivian Guerra Morales*
*Dra. Osana Molerio Pérez***

Santa Clara, 2006

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo con adolescentes que presentan hipertensión arterial esencial, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo psicosociales asociados a dicha enfermedad, en 20 pacientes de Villa Clara, durante el año 2005.

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se empleó un diseño de investigación descriptivo e integrador (mixto), es decir, en el que se combinan la metodología cualitativa y la cuantitativa, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada una. Las categorías elaboradas para el análisis de la información se relacionan con los contextos de desarrollo del adolescente, el apoyo social que éste recibe, los acontecimientos potencialmente psicopatógenos presentes, así como características del autocontrol emocional, la competencia social, las estrategias de afrontamiento, entre otras características relacionadas con el desarrollo de la personalidad en formación, así como comportamientos saludables o riesgosos relacionados con la hipertensión arterial. Las técnicas utilizadas fueron: análisis de la historia clínica, entrevistas al adolescente, a los padres y al médico especialista en cardiología, composición "cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser", Inventario de Problemas Juveniles (IPJ), Inventario de autoestima, Completamiento de Frases (Rotter), ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas y el informe escolar.

El procesamiento de los datos se realizó de forma cualitativa y cuantitativa, obteniéndose como principales resultados que en el control de las cifras tensionales del adolescente hipertenso pueden influir las siguientes características psicosociales, en estrecha interrelación: contexto familiar y/o contexto escolar inadecuados, apoyo social ineficaz, presencia de eventos potencialmente psicopatógenos, así como dificultades en cuanto al autocontrol emocional, la competencia social, las estrategias de afrontamiento, la autoestima y otras características de la personalidad en formación.

Introducción

El estado actual de conocimientos en relación con el proceso de salud-enfermedad, ha abierto amplias perspectivas de comprensión y abordaje de dicho proceso.

Mundialmente, se ha reconocido la coexistencia de factores biológicos, sociales y psicológicos en la determinación del proceso de salud-enfermedad, por lo que le ha correspondido a la Psicología la asunción de un rol primordial en este ámbito, a través de la Psicología de la Salud.

Precisamente, la Psicología de la Salud se encuentra hoy en día ante constantes retos, cada vez más crecientes, buscando determinar el papel de los factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad. Son innumerables las enfermedades que aparecen, se agravan o mantienen debido a la influencia de dichos factores. Dentro de estas enfermedades, encontramos la hipertensión arterial, la cual constituye uno de los principales problemas de salud a nivel mundial.

La hipertensión arterial no sólo es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, sino que resulta uno de los factores más importantes en la etiología de los trastornos cardiovasculares, que se encuentran entre las principales causas de muerte en la mayoría de los países.

A la hipertensión arterial se le denomina comúnmente el “asesino silencioso”, ya que muchas veces no produce ningún síntoma. Tal y como refiere Mijares (Mijares, 2005), este es uno de los hechos que obstaculiza el conocimiento de la verdadera magnitud de la población afectada por hipertensión arterial; es decir, que una proporción importante de los hipertensos no está consciente de su estado.

No obstante, esta situación en los adultos es menos grave que en los niños y adolescentes, ya que la hipertensión arterial ha sido ampliamente investigada en los primeros, no siendo así en la edad pediátrica, donde sólo recientemente aparecen los estudios fundamentales.

La subestimación de este tema en pediatría se debe, probablemente, según Mijares (Mijares, 2005), a que la hipertensión arterial es menos frecuente y

casi nunca responsable de morbilidad o mortalidad importante en la etapa infantil.

Por su parte, Lurbe asegura que la perspectiva clínica de la tensión arterial ha cambiado en los últimos años, fundamentalmente debido a un mejor conocimiento de los valores de normalidad, que son variables a lo largo del crecimiento y desarrollo, con lo cual se facilita la detección de la hipertensión arterial en la edad pediátrica (Lurbe, Torró y Cremades, 2001). Estudios anatómicos y epidemiológicos recientes, indican que la hipertensión arterial tiene sus inicios en la niñez (Krmr, Galarza, Wharen, Catasicaris y Ruiz, 1999). No obstante, aunque se recomienda actualmente el control de la presión arterial a partir de los tres años de edad, aún persiste la ausencia de este hábito en las consultas (Mijares, 2005).

Por lo tanto, sobre la base de una detección aún ineficiente de niños y adolescentes con hipertensión arterial, así como el desconocimiento de aspectos que todavía deben estudiarse, las investigaciones en este sentido resultan escasas en dichas etapas del desarrollo.

A pesar de lo anterior, se puede reconocer que, en los últimos años, se ha producido un auge de los investigadores que han llevado a cabo estudios importantes con niños y adolescentes con hipertensión arterial, tanto dentro como fuera de nuestro país.

El conocimiento que se obtenga en relación con la hipertensión arterial pediátrica, con los factores que desde esta etapa inciden en la enfermedad o aumentan el riesgo de padecerla, tiene un valor incalculable. Son innumerables los autores coincidentes en plantear que las dos primeras décadas de la vida, son una oportunidad única para identificar precozmente los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial e intervenir en consecuencia. Entre dichos autores podría citarse a Ardura (Ardura, 2000); González (González et al., 2004); Lurbe (Lurbe et al., 2001); Mellina (Mellina, González, Moreno, Jiménez, y Peraza, 2001); Mijares (2005); entre otros.

Consideramos también que esta es la vía más efectiva para incidir positivamente, no sólo sobre dicha enfermedad en el propio niño o adolescente, sino también para lograr cambios significativos en la morbilidad de esta patología en el adulto.

Relacionado con los aspectos anteriores, Ardura destaca la relación existente entre la salud del niño o adolescente y la del adulto (Ardura, 2000), sobre la base del fenómeno de tendencia y canalización de factores de riesgo a lo largo del tiempo (tracking), otorgándole a la detección de estos factores en el niño, suficiente potencia predictiva para estimar el riesgo de enfermedades cardiovasculares en el adulto.

Dentro de los mencionados factores de riesgo cardiovascular, los de orden psicológico y social son sumamente importantes en la hipertensión arterial, por ser esta una enfermedad donde las influencias del contexto, así como los comportamientos, estilos y hábitos de vida de las personas, son determinantes. La infancia y la adolescencia son etapas donde se produce la adquisición de actitudes y conductas que perduran hasta la adultez. Por lo tanto, con la promoción de hábitos y estilos de vida sanos, relacionados con la prevención de la hipertensión arterial, se puede disminuir la alta prevalencia de esta enfermedad, así como las consecuencias negativas para el organismo en la etapa adulta.

Sería imposible proponerse estos objetivos si no se parte, primeramente, del diagnóstico, evaluación, conocimiento y comprensión de los factores de riesgo psicosociales, asociados a la hipertensión arterial pediátrica.

De esta forma, se comprende la utilidad de desarrollar estudios que contribuyan a estos logros, constituyendo el presente estudio un acercamiento a aquellos factores psicológicos y contextuales, que pueden incidir negativamente en la aparición y curso de la hipertensión arterial en la adolescencia.

Por lo tanto, nuestro objetivo general de investigación es el siguiente:

Objetivo General: evaluar los factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes de 12 a 15 años de edad, de la provincia de Villa Clara.

Objetivos Específicos:

1. Describir los contextos de desarrollo en que se desenvuelven los adolescentes con hipertensión arterial esencial.

2. Evaluar las particularidades psicológicas de los adolescentes con hipertensión arterial esencial.
3. Identificar la posible influencia de las particularidades psicológicas y los contextos de desarrollo del adolescente, como factores de riesgo en la hipertensión arterial esencial.

Consideramos importante el abordaje de este tema de investigación, por las contribuciones teóricas y prácticas que se pueden derivar del mismo. Su novedad teórica radica en ofrecer una caracterización psicológica de la hipertensión arterial en niños y adolescentes, profundizando en la consideración de los factores de riesgo psicosociales.

El contenido del informe de investigación está estructurado en tres capítulos. El marco teórico referencial está planteado en el Capítulo I. En el mismo, se aborda la hipertensión arterial en niños y adolescentes desde el punto de vista clínico, su conceptualización, tipos, características del diagnóstico y tratamiento, factores de riesgo y prevención en este sentido. También se profundiza en los determinantes psicosociales de la hipertensión arterial, enfatizando el papel que juegan los diferentes contextos sociales que rodean al adolescente, con los cuales este interactúa a partir de sus características psicológicas individuales, que son también abordadas en relación con la enfermedad.

En el segundo capítulo se describe el diseño metodológico de la investigación, los criterios para la selección de los sujetos participantes, la descripción de los materiales utilizados y el procedimiento seguido para cumplimentar el objetivo general.

En el tercer capítulo se recogen los resultados obtenidos en la investigación, ofreciéndose en el mismo los principales factores psicosociales que se encuentran asociados a la hipertensión arterial en los adolescentes estudiados. Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones de nuestro trabajo.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

I. La hipertensión arterial como problema de salud en la infancia y la adolescencia.

La hipertensión arterial es una enfermedad de gran prevalencia a nivel mundial. Según estudios epidemiológicos, se estima que entre el 15 % y el 30 % de la población padece esta enfermedad, la cual contribuye significativamente a la ocurrencia de accidentes cerebrovasculares, que constituyen una de las primeras causas de muerte para todas las edades, en países desarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro. Como consecuencia, la hipertensión arterial está asociada a importantes causas de morbilidad, teniendo un gran impacto sanitario, económico y social en los diferentes países (Molerio, 2004). En Cuba, se ha determinado que el 15 % de la población rural y el 30 % de la población urbana es hipertensa (Mijares, 2005).

Durante muchos años, fue habitual pensar que la hipertensión arterial era una enfermedad exclusivamente de los adultos, por lo que los estudios relacionados con la misma se circunscribían mayormente a estas etapas del desarrollo, siendo subestimado este tema en pediatría. Es solo recientemente que la hipertensión comienza a llamar la atención de los especialistas relacionados con el tema en la infancia. Las investigaciones realizadas al respecto, indican que la hipertensión tiene sus inicios en la niñez, por lo que su detección y seguimiento debe comenzar desde los primeros años de vida (Álvarez, de Rivas y Luque, 2004; Lurbe et al, 2001; González et al., 2004; Suárez, Álvarez y Campillo, 2004).

Los resultados epidemiológicos muestran que entre el 2 % y el 3 % aproximadamente de la población menor de 18 años padece esta enfermedad (Álvarez et. al., 2004; González et al., 2004; Krmar et al., 2004; Lurbe y Torró, 2002; Málaga, 2004). Ya en la década de los 70, algunos institutos y organizaciones se pronunciaron a favor del registro más sistemático de la presión arterial en la edad pediátrica. En 1977, el National Heart Lung and Blood Institutes recomienda registrar la presión arterial entre los niños a partir de los 3 años de edad, cuando acudan a sus revisiones pediátricas (Álvarez et

al, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre la importancia de la medición periódica y rutinaria de la presión arterial en niños y de la detección precoz de la hipertensión arterial. Desde el momento en que muchos países han incorporado a la atención médica la determinación de las cifras de tensiones en los niños, como medida rutinaria, ha sido innegable que la hipertensión arterial afecta a un importante segmento de la población infantil. Los adolescentes que transcurren por los primeros años de esta etapa del desarrollo han sido objeto de mayor atención en este sentido. No obstante, se puede plantear que también se ha desestimado la presencia de la hipertensión arterial en estas edades. Es decir, que aún cuando los estudios sobre hipertensión realizados en adolescentes son más numerosos que los llevados a cabo en niños menores de 12 años, resultan todavía muy escasos.

Indudablemente, el riesgo de las complicaciones que trae consigo la hipertensión arterial puede ser reducido notablemente, a través de la identificación precoz de la misma, así como de los factores de riesgo relacionados con ella. De esta forma, la infancia y la adolescencia constituyen etapas muy oportunas para iniciar programas de prevención y tratamiento, que contribuyan a reducir dicho riesgo. Por un lado, se pueden descubrir hipertensiones secundarias (potencialmente curables) y, por otro, identificar a aquellos niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial, además de evitar que niños y adolescentes con riesgo de padecer esta enfermedad, lleguen a ser hipertensos o se retarde lo más posible su aparición.

Por todo lo anterior, es imprescindible determinar las peculiaridades que presenta la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia, lo cual representa un campo de investigación reciente y con necesidades de profundización en el orden teórico, metodológico y práctico.

I.1. Definición de la hipertensión arterial en niños y adolescentes.

La presión arterial es la fuerza o tensión con que la sangre fluye por el sistema circulatorio, denominándose presión sistólica o máxima al empuje con que sale el torrente de sangre a las vías circulatorias cuando el corazón se contrae, y presión diastólica o mínima, a la presión en el interior de las arterias

cuando el corazón se relaja entre latidos, la cual disminuye (Fernández-Abascal, 1993)

Los valores de normalidad en cuanto a la tensión arterial varían a lo largo del crecimiento y desarrollo. Es por ello que la generalidad de los autores coinciden en señalar, como una de las características más importantes de la tensión arterial en la infancia, que es parámetro variable, con unos valores de normalidad que aumentan progresivamente a lo largo de los años (Álvarez et al., 2004; Lurbe et al., 2001). Por lo tanto, no resulta tarea fácil reconocer en los niños cuáles son las cifras tensionales normales.

Actualmente, las tablas que contienen estándares de referencia para los valores de tensión arterial en la infancia y la adolescencia, publicadas en 1987 por la Task Force for Blood Pressure in Children y modificadas recientemente en 1996, son las más aceptadas internacionalmente. En ellas se relacionan la presión arterial conjuntamente con la edad cronológica, el peso y el percentil de talla para cada caso en particular. Sobre la base de los elementos anteriores, Lurbe plantea que "(...) se define hipertensión arterial en la infancia cuando la tensión arterial sistólica y/o diastólica se encuentran repetidamente por encima del percentil 95 específico para edad, sexo y talla, según las tablas de normalización" (Lurbe et al., 2001, p.155)

De acuerdo al criterio de la mayoría de los expertos, existe la hipertensión arterial severa cuando los valores de tensión arterial en el niño o adolescente se presentan por encima del percentil 99 para su edad, sexo y talla. Así mismo, se define como tensión arterial normal alta, los niveles de tensión arterial iguales o superiores al percentil 90, pero inferiores al percentil 95, según la edad, sexo y talla. Este último concepto tiene gran importancia, ya que permite considerar aquellos niños y adolescentes que presentan determinados niveles de riesgo para desarrollar la hipertensión.

Por lo tanto, con todos los conocimientos que se tienen hoy en día acerca de los valores de normalidad de la presión arterial en la infancia y la adolescencia, es posible detectar precozmente la hipertensión en estas edades, así como los niños y adolescentes con riesgo a desarrollarla en un futuro. Pero, esto es posible si los especialistas en los centros de salud correspondientes miden la presión arterial regularmente a dicha población, no sólo en el marco de las investigaciones relacionadas con el tema, sino como parte importante de su

quehacer cotidiano. De ahí la necesidad actual de trazarse estrategias y programas encaminados a dichos objetivos.

I.2. Causas de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.

La mayor parte de los investigadores relacionados con el tema, abordan las causas de la hipertensión arterial en la edad pediátrica, agrupándolas por los grupos etarios siguientes: recién nacidos y lactantes, niños de la primera infancia, niños mayores (de edad escolar) y adolescentes (Álvarez et al., 2004; Lurbe et al., 2001; Málaga, 2005).

De esta forma, se plantea que en los recién nacidos y hasta los seis años aproximadamente, la hipertensión arterial es consecuencia de determinadas patologías subyacentes de carácter renal y renovascular. También puede ser debida a fármacos u otras sustancias tóxicas como anticonceptivos orales o cocaína. Por lo tanto, la hipertensión más frecuente hasta los seis años es la hipertensión secundaria, es decir, la debida a enfermedades orgánicas fundamentalmente.

En los niños de edad escolar, además de la hipertensión secundaria, suele aparecer la hipertensión arterial esencial o primaria (de origen multicausal), al igual que en los adolescentes. Se plantea que, durante el final de la primera década y la segunda de vida, la hipertensión arterial esencial se convierte en la causa más común de la hipertensión mantenida (Álvarez et al., 2004) y es precisamente la que constituye objeto de estudio en nuestra investigación.

Aunque actualmente se desconoce con exactitud la causa y etiología de la hipertensión arterial esencial, los hallazgos muestran que en la misma pueden estar involucrados la predisposición genética y también factores ambientales, el estilo de vida y factores fetales (Álvarez et al., 2004; Lurbe et al., 2001; Mijares, 2005).

I.3. Algunos factores de riesgo de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.

En la edad infantil se han identificado determinados factores que se asocian con niveles más elevados de tensión arterial y, por lo tanto, incrementan el riesgo a padecer la hipertensión arterial (Álvarez et al., 2004; González et al., 2004; Krmar et al., 1999; Mijares, 2005)

- Antecedente familiar de hipertensión arterial.

Se plantea que existen patrones de presión arterial familiar desde la infancia, demostrándose que entre el 20 % y el 40 % de los casos pueden ser adscritos a factores familiares (Álvarez, 2004). Otro dato indica que, cuando ambos padres son hipertensos, el 50 % de los hijos heredará la condición; si uno solo lo es, la cifra cae al 33 % (Lagomarsino, 2005).

En investigaciones realizadas en Cuba (Duménigo, Saura, González, Ores y Brito, 2004; González et al., 2004; Mijares, 2005; Suárez et al., 2004), se encontró que uno de los factores de riesgo más frecuente en los adolescentes hipertensos estudiados, fue precisamente el antecedente familiar de hipertensión arterial.

Por lo tanto, se ha evidenciado que los niños y adolescentes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, presentan mayor riesgo de padecer dicha enfermedad.

- Obesidad:

La obesidad está vinculada a los problemas de hipertensión. Se plantea que “la prevalencia de hipertensión arterial es 3 veces mayor en los obesos que en la población en general” (Mijares, 2005). Según la propia autora, en la niñez también se ha hallado una relación directa entre el peso corporal y la presión arterial.

Los estudios estadísticos en el mundo muestran que el 10 % de los niños en edad escolar es obeso, así como el 22 % de la población entre 5 y 17 años tiene sobrepeso. Teniendo en cuenta estos datos, numerosas evidencias epidemiológicas y clínicas apoyan la influencia que tiene la obesidad en la hipertensión infantil. Los resultados de investigaciones realizadas, tanto en Cuba como en otros países, afirman que el sobrepeso corporal trae consigo mayor riesgo de sufrir esta enfermedad desde la infancia. (Álvarez et al, 2004; Duménigo et. al., 2004; González et al., 2004; Mellina, et. al., 2001; Mijares,

2005; Suárez, et. al., 2004). La propia Mijares, en el estudio realizado con niños entre 11 y 14 años de edad, observó que una evolución de cinco años de la obesidad favoreció la aparición de la hipertensión arterial.

- Dieta:

Álvarez (Álvarez et al., 2004, p. 303), con respecto a la dieta, señala que “la ingesta excesiva de sodio y la disminución en la misma de potasio, calcio y magnesio, se han relacionado con el aumento de la PA”. Concretamente, se han realizado investigaciones con el objetivo de determinar la relación entre la ingesta de sodio, calcio, potasio y magnesio y la presión arterial. Los resultados en niños, al igual que en los adultos, no son concluyentes en este sentido.

- Sedentarismo:

Fundamentalmente en investigaciones con adultos, se ha evidenciado cómo la falta de ejercicio físico o la existencia de hábitos sedentarios aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial. En la infancia y adolescencia, en la medida que el niño realiza ejercicios físicos, disminuye su riesgo de padecer la hipertensión arterial, aunque los estudios son escasos aún.

- Alcohol:

Se ha encontrado una relación directa entre la ingesta de cantidades importantes de alcohol y la presión arterial. Se ha estudiado este aspecto fundamentalmente con adolescentes mayores de 11 años, encontrándose resultados controvertidos, ya que unas veces se evidencia asociación entre la ingesta de bebidas alcohólicas y la presión arterial, mientras que en otras no se aprecia dicha relación e, incluso, en ocasiones la presión arterial se comporta inversamente proporcional a la ingesta de alcohol (Mijares, 2005). No obstante, es importante detectar hábitos relacionados con la ingesta de alcohol desde edades tempranas, ya que de alguna manera inciden negativamente en los valores de presión arterial.

Es necesario destacar que en nuestro país, como plantea Mijares (Mijares, 2005), basada en los resultados de su investigación (donde se encontró que el 8,9 % de los adolescentes bebían con frecuencia), se ha visto un incremento

en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, pero al compararse con otros países como Argentina (donde se encontró este hábito entre un 25 y 26 % de los adolescentes), las cifras son menores.

- Tabaco:

No existen evidencias definitivas acerca de la relación directa entre el tabaquismo y el desarrollo de la hipertensión arterial. En el caso de los adolescentes, al igual que lo que sucede con la ingestión de alcohol, los resultados en estudios realizados son poco concluyentes muchas veces.

En Cuba, González (González et al., 2004) encontró que en los adolescentes diagnosticados con hipertensión arterial, sólo se declaró el hábito de fumar activo en muy pocos de ellos, mientras que el tabaquismo pasivo estuvo presente en el 92 % de los hipertensos y en el 96 % de los pacientes con presión normal alta.

A pesar de los resultados muchas veces contradictorios, es conveniente detectar el hábito de fumar en el adolescente, ya que dicho hábito supone un riesgo para la circulación coronaria, que se sumaría al propio de la hipertensión y también por la posible participación del tabaco en la fase de malignización de la hipertensión arterial.

- Raza y Sexo:

Krmar afirma que, “a diferencia de lo observado en los adultos, la raza no tiene el mismo impacto sobre la presión arterial de los niños y adolescentes (...)” (Krmar et al., 1999, p. 64), siendo las diferencias clínicamente irrelevantes. Así mismo, Álvarez (Álvarez et al., 2004) plantea que, para algunos autores, las diferencias entre razas en cuanto a la hipertensión arterial no se hacen patentes hasta después de la pubertad y, fundamentalmente, después de los 25 años; sin embargo, para otros autores, la prevalencia de hipertensión es mayor en la raza negra para ambos sexos y en todos los grupos de edad.

De esta manera, se han realizado investigaciones donde se ha encontrado mayor prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes mestizos y negros que en blancos. Por otro lado, algunos estudios como el realizado en nuestro país por González (González et al., 2004), muestran resultados donde la hipertensión arterial prevalece más en adolescentes blancos y mestizos, que

en negros. Por lo tanto, los resultados en cuanto a la relación entre la hipertensión y la raza en la infancia y la adolescencia no son aún definitivos. En cuanto al sexo, en los niños menores de 6 años no existen diferencias significativas en cuanto a los niveles tensionales en ambos sexos (Duménigo et al., 2004). Sin embargo, el propio Duménigo plantea cómo varios autores afirman la mayor frecuencia de hipertensión arterial en niñas, que en niños mayores de nueve años, mientras que, en la adolescencia, es mayor en los varones.

I.4. Diagnóstico de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.

Al abordar las causas y los factores de riesgo de la hipertensión arterial se evidencia el carácter multicausal de la misma. Fernández-Abascal (Fernández-Abascal, 1993) afirma cómo el estado de conocimiento actual sobre el desarrollo de la enfermedad, “nos presenta este trastorno como resultado de la confluencia de diferentes factores de carácter hemodinámico, genético, psicosocial y facilitador”. Precisamente, aproximadamente en los años 70 aparecen los primeros modelos explicativos de la hipertensión arterial contemplando los factores anteriormente mencionados.

Por lo tanto, se comprende lo complejo que resulta el diagnóstico de la hipertensión arterial (fundamentalmente la hipertensión arterial esencial), sobre todo en la infancia y la adolescencia, donde generalmente se está iniciando el proceso de dicha enfermedad. Si agregamos lo variable que resultan los niveles de presión arterial en estas edades, entonces la situación resulta más compleja.

Es por esto que los especialistas que investigan sobre el tema en la infancia y la adolescencia, enfatizan la necesidad esencial de atenerse a las normas del Comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como plantea Álvarez (Álvarez et al., 2004). Se debe realizar una lectura de la presión arterial rigurosa, fiable y en condiciones basales. De esta manera, existen requisitos indispensables que se deben cumplir, relacionados con las características del equipo de medición, además de un estado de relajación que debe tener el niño o adolescente cuando se le toma la presión arterial y que resulta muy necesario

para el logro de resultados fidedignos. También se debe prestar especial atención al efecto de bata blanca, ya que la angustia o ansiedad que genera el médico y/o el ambiente relacionado con este, puede ser significativamente importante en el niño como para alterar sus niveles normales de presión arterial. Tanto es así, que durante un examen de rutina realizado por Sinaiko y cols (Sinaiko y cols, 1991, citados por Krmar et al., 1999), hallaron que la prevalencia de hipertensión arterial fue del 5 %, pero disminuyó al 1% al repetir el examen. Por tal motivo, se plantea que la presión arterial tiende a disminuir en el niño y el adolescente con repetidas mediciones, como resultado de una disminución de la ansiedad, entre otros factores.

El niño es altamente sugestionable, por lo que la persona que le mida la presión arterial necesita crear un ambiente de confianza y cierta empatía con él, en una habitación sin ruidos y con una temperatura confortable.

Es necesario tomar en cuenta que los síntomas más frecuentes de la hipertensión arterial en niños y adolescentes son: dolor de cabeza, enrojecimiento de la cara y las orejas, sensación de fogaje a esos niveles, mareos, fatiga y sangramiento nasal. Por supuesto, siempre se debe tener presente que la hipertensión puede transitar asintomática durante años.

A través de todo el proceso de diagnóstico es necesario obtener una adecuada historia familiar y personal. El niño o adolescente hipertenso debe evaluarse individualmente, según la edad, el género, los niveles de tensión arterial, con una anamnesis y examen físico completo, evaluando factores de riesgo genéticos, ambientales y conductuales.

I.5 Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.

Los factores de riesgo abordados hasta este momento, así como otros sobre los que se profundizará más adelante, han sido clasificados por varios autores como factores de riesgo modificables y no modificables .

La herencia, el sexo, la raza y los antecedentes familiares, constituyen factores no modificables. En cambio, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, los hábitos dietéticos, entre otros, son factores de riesgo modificables. Todos son importantes, pero resulta esencial detectar estos últimos desde edades tempranas, en aquellos niños o

adolescentes con hipertensión arterial o con probabilidades de padecerla. Esta necesidad es especialmente vital en dichas edades, pues los hábitos que están en la base del desarrollo de dichos factores de riesgo (principalmente los patrones de dieta, actividad física y tabaco), se establecen precisamente desde estas edades y, generalmente, son más difíciles de modificar posteriormente en la edad adulta (Kavey, Daniels, Lauer, Atkins, Hayman, Taubert, 2003).

Efectivamente, existen sobrados motivos para propiciar el establecimiento temprano de los hábitos que promueven la salud y su continuidad desde la niñez hasta la edad adulta, para conseguir también una verdadera prevención de la hipertensión arterial.

Según un informe publicado en 1992 por la Asociación Americana del Corazón, se describen estrategias en promoción de salud que se pueden incorporar en la atención pediátrica y que se encuentran encaminadas a (Kavey et. al, 2003):

- Educación sobre prevención del tabaquismo
- Promover la actividad física y un peso ideal
- Adquisición de hábitos dietéticos saludables

Estas ideas se relacionan directamente con la prevención de la hipertensión arterial y se reflejan en las recomendaciones de la OMS, cuando se plantea que los programas más eficientes son aquellos que promueven estilos de vida saludables en la población escolar básica, en edades en que se fijan hábitos y conductas. En este sentido, el beneficio sería doble, porque además de repercutir positivamente en la salud de los niños, si se logran mantener estos hábitos saludables, también sería posible un adulto más saludable.

I.6 Pronóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.

El pronóstico del niño o adolescente hipertenso (fundamentalmente hipertenso esencial) depende mucho de su detección temprana y tratamiento precoz. No hay normalización espontánea de la hipertensión arterial infantil, por lo que, de no recibir tratamiento adecuado, el niño o adolescente evolucionaría al desarrollo de enfermedades cerebrovasculares.

Cuando se concluye que la hipertensión es de tipo esencial, diferentes especialistas relacionados con el tema coinciden en sugerir determinadas conductas, tanto en el orden farmacológico como en el no farmacológico. Se pudiera destacar entonces que la decisión de llevar a cabo dichas conductas, se toma en función de los valores de tensión arterial, de la presencia de una etiología definida y de la evaluación de los posibles factores de riesgo (Lurbe, 2004; Álvarez et al, 2004). No obstante, las medidas no farmacológicas, que constituyen el tratamiento de primera elección en la hipertensión arterial esencial, va encaminado a los cambios en el estilo de vida, los cuales incluyen una alimentación adecuada y evitar el abuso de ciertas sustancias. Resulta necesario involucrar a toda la familia en los cambios del estilo vida explicados anteriormente, pues así se facilita en gran medida la adherencia del adolescente al tratamiento, además de sentirse apoyado en este sentido.

II. Factores de riesgo psicosociales en la hipertensión arterial esencial del adolescente

II.1. Enfoque de riesgo: necesidad de su complementación.

Los factores de riesgo han sido abordados fundamentalmente en el ámbito de la salud, pero la concepción tradicional que se tenía acerca de los mismos se ha ido modificando a lo largo de los años.

Munist (Munist, Santos, Kotliarenco, Infante y Grotberg, 1998), define factor de riesgo como “(...) cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una probabilidad de dañar su salud”. Por su parte, Donas (Donas, 1998) señala que factor de riesgo lo constituyen aquellas “(...) características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño”. Por lo tanto, es evidente que los factores de riesgo son conceptualizados por la mayoría de los autores en términos de conductas, características y cualidades tanto a nivel individual como grupal, que conducen a determinado daño o daños.

Sin embargo, los factores de riesgo resultan insuficientes para explicar la salud o la enfermedad de una persona. Aún cuando una investigación se centre en factores de riesgo asociados a determinada problemática, es importante no

perder la perspectiva de otros aspectos que complementan la visión que se tiene acerca de dichos factores.

Desde un enfoque humanista, siempre que se estudien personas o grupos de personas, resulta imprescindible considerar sus potencialidades, capacidades, habilidades y recursos psicosociales con que cuentan, para atenuar los elementos que pueden provocar o están provocando daños en su salud.

Estas ideas son plenamente coincidentes con la perspectiva psicológica que se brinda acerca del ser humano desde el enfoque histórico cultural. En el campo de la salud, significa que ninguna persona puede ser abordada de forma aislada, porque se encuentra en permanente interacción con su entorno. Individuo y entorno están en constante desarrollo y se transforman mutuamente de forma dinámica. Quiere esto decir que lo que constituye un riesgo hoy, puede no serlo mañana y viceversa, porque dependerá no de un elemento aislado y estático, sino de la interacción entre la persona y su ambiente, lo cual constituye un proceso continuo (Munist et al., 1998).

Por lo tanto, es evidente que la concepción tan restringida que se tenía sobre el riesgo en salud ha cambiado considerablemente en los últimos años. Como plantea Munist (Munist et al., 1998), “una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. Eso permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psicosociales, algunos de los cuales se asocian con un daño social y otros sirven de amortiguadores del impacto de este”.

Estas ideas, aplicadas en el ámbito de la salud, se relacionan con los factores protectores y, más recientemente, con la denominada resiliencia, que complementan el enfoque de riesgo. De esta forma, si los factores de riesgo se centran en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian a una elevada probabilidad de daño biológico, social (Munist et al., 1998) y psicológico, los factores protectores serían “aquellas características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo” (Donas, 1998).

El énfasis en los factores protectores recae en las fortalezas y potencialidades del ser humano y en las condiciones favorables que le puede ofrecer el entorno, sobre la base de la interacción entre ambos.

A partir de la década de los 80, según Munist (Munist, et al. 1998), “ha existido un interés creciente por tener información de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones adversas”. Surge entonces el concepto de resiliencia, trabajado por innumerables autores. El elemento en común de la mayoría que ha estudiado el tema, ha sido abordar la resiliencia como lo contrario al riesgo y que, por lo tanto, complementa el enfoque de riesgo. De esta manera, resiliencia se asemeja a los factores y mecanismos protectores.

Se coincide con Suárez (Suárez, 1995, citado por Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996), cuando plantea que la resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.

En las investigaciones donde se traten los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer determinada enfermedad en las personas, no se debe perder de vista al propio ser humano y esto significa no subestimar los recursos personales, las posibilidades reales y potenciales del hombre para hacer frente y superar dicho riesgo, en interacción con el entorno. Solo desde esta perspectiva se podrá realizar un pronóstico acertado en este sentido.

Los factores protectores y de riesgo son muchas veces cambiantes y dinámicos, porque dependen o son en sí mismos elementos de un individuo o el entorno que le rodea, condicionados por su interacción mutua. En este sentido, debe tomarse en cuenta que, para comprender la interrelación entre el sujeto y los contextos que le rodean, se debe partir de la premisa vigostkiana que destaca cómo las influencias del contexto social (con características histórico-culturales determinadas), no van a incidir directamente en las particularidades intrapsíquicas del sujeto, sino que van a estar mediatizadas por estas y, a su vez, la mediatizan (Pérez y Mendoza, 2001)

Por lo tanto, la determinación de los factores de riesgo no puede ser rígida ni de carácter estático, sino que debe ajustarse a la realidad de cada momento analizándose interrelacionadamente las variables contextuales e individuales.

Es necesario enfatizar que en nuestra investigación, aún cuando se aborde el riesgo desde el término “factores”, nos resulta imposible concebirlos como aspectos aislados, menos aún en la hipertensión arterial. Los factores de riesgo se integran en comportamientos complejos que hacen al individuo más vulnerable de enfermar. En la causalidad de la hipertensión arterial existen diferentes vías etiológicas, lo cual obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial.

II.2. Factores de riesgo psicosociales en la hipertensión arterial esencial del adolescente.

II.2.1. La adolescencia como periodo difícil o etapa de riesgo.

Es aceptada la idea de que, en la adolescencia, las reflexiones en torno a los factores de riesgo en cualquier sentido “(...) adquieren una especial relevancia por la gran evolutividad que caracteriza el proceso de la adolescencia en lo biológico, psicológico y social (la velocidad y multiplicidad de los cambios), por la duración del proceso (15 años) y por el cambiante entorno histórico social en que acontecen estos cambios” (Donas, 1998).

Desde el punto de vista físico o biológico, se producen en esta edad la mayoría de las transformaciones puberales, consideradas como todos los cambios biológicos (antropométricos, fisiológicos, endocrinos y sexuales) que ocurren en esta etapa, según Laura Domínguez (Domínguez, Ibarra y Fernández, 2003). Dichos cambios rompen con una estabilidad alcanzada en años anteriores y pueden generar inseguridad, no sólo en el propio adolescente, sino en todas las personas que le rodean, pues no saben si tratarlo como a un niño o como a un adulto.

El adolescente “(...) percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño” (Munist et al., 1998). De esta forma, el adolescente se hace más vulnerable ante influencias negativas y/o puede llevar a cabo conductas que atenten contra su salud, en aras de reafirmarse en el proceso de búsqueda de su identidad.

Precisamente, este último aspecto resulta esencial para comprender las peculiaridades del estudio de los factores de riesgo en la adolescencia, debido a todo lo que entraña dicho proceso de búsqueda de la identidad.

La identidad personal es considerada como “(...) aquella formación motivacional que permite al sujeto tener un concepto de su persona, relativamente preciso y generalizado” (Domínguez, 2003). En este sentido, en la adolescencia ocurre una importante crisis de la identidad, más aún si se toma en cuenta que en esta edad depende mucho de la imagen corporal y de las cualidades vinculadas a las relaciones interpersonales.

Esta es la base de las explicaciones que determinados autores ofrecen al por qué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo, que ponen en peligro su salud y hasta su vida (Gómez, 2004). El adolescente tiende a la búsqueda de lo nuevo, de aventuras, para reafirmarse como persona que quiere ser independiente, aún cuando en ocasiones avizoren las consecuencias negativas de esto. En la búsqueda de su definición personal y social, “(...) moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida (...), generando determinados estados afectivos y vulnerabilidades específicas” (Bloss, 1981; Ausubel, 1954; Erikson, 1974, citados por Krauskoph, 1995, p.p. 7).

Para muchas de las personas que rodean al adolescente, incluso los propios profesionales de la salud, resulta en ocasiones difícil diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellas que involucran los riesgos propios de los procesos de elaboración de identidad anteriormente explicados.

Consideramos que, aunque determinado comportamiento del adolescente cumpla el propósito de lograr mayor autonomía y consolidar el proceso de maduración psicosocial, si pone en peligro real o potencial su salud, dicho comportamiento debe ser tomado en cuenta, aún cuando sea de carácter transitorio. También es posible que estos comportamientos se conviertan en algo usual para el adolescente, trasladándolos a su vida futura, otro elemento más que enfatiza la necesidad de tomarlos en cuenta y actuar sobre ellos adecuadamente.

No obstante, por ser la adolescencia una etapa de cambios constantes, la visión que se tenga acerca de los elementos de riesgo debe ser muy flexible y dinámica, ya que lo que constituye un factor de este tipo en la adolescencia,

puede dejar de serlo en periodos posteriores, en dependencia de las adquisiciones desde el punto de vista biológico, psicológico y social que se logren por parte del individuo en esta etapa.

II.2.2. Factores de riesgo psicosociales en la hipertensión arterial esencial del adolescente

El pasado siglo fue testigo de considerables cambios con respecto a la noción de salud, tanto en su comprensión como en la forma de abordarla. La concepción tradicional del proceso salud enfermedad, centrada solamente en los aspectos físicos, biológicos del mismo, ha dado paso paulatinamente a una perspectiva más integral

En relación con esto, se ha demostrado el importante papel que juegan los factores psicológicos en el origen y curso de las enfermedades, fundamentalmente las crónicas. Precisamente, la interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos ha sido abordada a través del término “trastornos psicosomáticos” para algunos, mientras que otros prefieren referirse a los mismos como “trastornos psicofisiológicos”. Ambos han pasado a ser entendidos no como un grupo diferente de enfermedades, sino como aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos, lo cual se evidencia en los sistemas de clasificación vigentes, tal y como plantea Miguel-Tobal (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994).

Es precisamente en este espacio donde se incluye la hipertensión arterial esencial, como una enfermedad de origen multicausal, donde la importancia del estudio de las variables psicosociales puede entenderse, al menos, desde tres perspectivas diferentes (Colunga, 2005):

- como factores importantes en el origen de la enfermedad
- como elementos que influyen en el manejo y control de la enfermedad
- como factores que afectan la calidad de vida de los sujetos enfermos y de su medio social.

Se han abordado continuamente los diversos factores que se asocian con niveles elevados de tensión arterial. En epígrafes anteriores se señaló cómo muchos de estos factores son considerados no modificables, pues dependen

de variables biológicas y genéticas, difícilmente modificables, al menos hasta el momento actual.

Es importante señalar que, aún cuando determinados factores de riesgo modificables, abordados en el epígrafe anterior, tales como la obesidad, la dieta, el sedentarismo y los hábitos tóxicos, tienen en su base elementos psicológicos y sociales, por constituir conductas y hábitos de una persona, en la presente investigación se abordarán los factores de riesgo psicosociales, como aquellos que engloban directamente a la personalidad y el ambiente psicosocial que rodea al individuo y es percibido por este, generalmente también con posibilidades de ser modificados.

De esta forma, los factores de riesgo psicosociales constituyen aquellas características, procesos o estados de la personalidad y/o de su contexto social, que ponen en riesgo la salud. Estos factores no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, interactuando entre sí y con otros factores constantemente. Por lo tanto, aunque se trate de un primer acercamiento a la problemática de los factores de riesgo psicosocial asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes, es necesario un análisis de los mismos integrándolos desde una concepción holística de la personalidad, lo cual puede constituir la base para el logro de posteriores niveles de integración en este sentido.

Son innumerables las investigaciones donde se han estudiado los factores de riesgo psicosociales en la edad adulta, siendo mucho más escasos en la hipertensión arterial esencial del adolescente. Por eso, se hace necesario, a partir de los resultados de dichas investigaciones en adultos, pero tomando en cuenta las peculiaridades de la etapa adolescente, comprender cómo determinados aspectos psicosociales pueden incidir en la aparición y desarrollo de la hipertensión en esta edad, los cuales serán abordados a continuación.

Factores contextuales o sociales

Resulta imposible estudiar al ser humano fuera del marco de sus relaciones interpersonales y los diversos contextos donde se desarrolla.

El contexto social es una construcción humana, un constructo social que integra elementos de naturaleza psicológica no espacial (Clemente, 1996). Es decir, los contextos son el resultado de la interacción entre las personas que lo conforman, cada una con su experiencia individual. A su vez, dichos contextos influyen y condicionan el curso del desarrollo de las personas.

Los cambios que se producen en la adolescencia modifican notablemente las relaciones entre el adolescente y los que le rodean. Además, con respecto a etapas anteriores, el adolescente pasa mucho más tiempo en compañía de otras personas que no son los padres y en contextos extra familiares, sobre la base de la mayor autonomía que adquiere, por lo que se produce una ampliación y diversificación de su red de relaciones sociales (Domínguez et al, 2003).

No es posible detectar eficazmente los factores de riesgo asociados a un problema o enfermedad, si no se toman en cuenta diferentes variables relacionadas con las características específicas del ambiente o contexto social que rodea al individuo y que pueden afectar su salud. Por lo tanto, a continuación se abordarán determinados aspectos, relacionados con los diferentes contextos en que se desenvuelve el adolescente, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión en el adolescente.

Con respecto al **contexto familiar**, debe señalarse que, teóricamente, la adolescencia es entendida por muchas corrientes como una etapa donde se agudizan y entran en crisis las relaciones entre padres e hijos. Es indudable que los cambios bruscos producidos, fundamentalmente en los inicios de esta etapa, pueden generar graves dificultades en las relaciones padres-hijos. La causa principal, generalmente, radica en las discrepancias que surgen entre las expectativas de padres e hijos; el adolescente tiene cada vez necesidades más crecientes de independencia y autonomía y a los padres les resulta difícil aceptar muchas de estas necesidades.

No obstante, estas dificultades pueden ser más o menos graves, en dependencia de las características del sistema familiar y del propio adolescente y la tendencia debe ser hacia la disminución de aquellas, en la medida que transcurra esta etapa.

Por supuesto, existen determinados factores de los cuales depende la interacción entre los padres y el adolescente, entre los que se encuentra el

estilo educativo predominante. El estilo educativo es entendido como la relación educativa, formativa y afectiva que establecen los padres y demás familiares en su vínculo con el menor, para el logro en éste de determinadas cualidades de desarrollo (Guerra, 2001). Se pudiera afirmar que el núcleo de dichos estilos educativos es la comunicación familiar, ya que constituye la base de la forma en que se transmite el afecto, la experiencia, se distribuyen los roles, tareas y límites.

Precisamente, dichos estilos educativos condicionan el desarrollo psicosocial del adolescente. Por lo tanto, es importante reflexionar sobre su influencia en la formación de determinadas características de la personalidad, las cuales pudieran estar asociadas a la hipertensión arterial esencial en esta etapa.

Desde 1959, cuando Friedman y Rosenman se refirieron a la conducta tipo A como personas con rasgos de personalidad para afrontar la realidad, que los conduce a niveles altos de ansiedad y estrés, se ha considerado esta conducta como un factor que influye indirectamente en el origen de la hipertensión arterial. Muy interesante resulta el dato donde se afirma que dicho patrón ha sido identificado en niños de preescolar y primaria y que se parece al de los adultos, por lo que es "(...) válido pensar que se origina en la infancia y los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para su desarrollo y aumenta con la edad" (Reynoso, Erazo, Leonardo, Seligson y Nisenbaum, 2000, citados por Colunga, 2004).

Desde una concepción marxista y humanista de la personalidad, no se está de acuerdo con que se defina la presencia de un patrón de conducta desde la infancia, ya que a esta edad y en la adolescencia está ocurriendo un intenso proceso de estructuración y configuración de la personalidad, proceso donde inciden múltiples factores (del medio socio-cultural y del individuo mismo) en compleja interacción. Lo anterior no descarta la posibilidad de que, ya desde estas etapas, existan determinadas características acentuadas de la personalidad en formación, que guarden estrecha relación con los rasgos descritos en el patrón de conducta tipo A. Lo que sí resulta evidente, es que el medio cultural y, más específicamente, la familia del adolescente, puede contribuir con su educación al desarrollo de determinadas características de personalidad en el mismo, de actitudes y formas de enfrentar la vida.

Un estilo rígido, donde se le impongan normas y metas al adolescente de manera autoritaria, inflexible, sin tomar en cuenta sus motivaciones y posibilidades reales de cumplir con dichas metas, o donde constantemente se le exija superar sus propias posibilidades y se centre la atención en sus errores, puede incidir en que dicho adolescente desarrolle una forma de vivir marcada por la urgencia, el trabajo excesivo, la falta de descanso y el agobio por lograr metas u objetivos, la cual representa un riesgo para sufrir enfermedades del corazón y está muy relacionada con el patrón de conducta tipo A.

Por otra parte, la sobreprotección y la limitación son actitudes de la familia que también pueden afectar negativamente al adolescente hipertenso o con riesgo de padecer dicha enfermedad. Estos estilos educativos generan invalidismo y dependencia, con consecuencias que trascenderían a otras etapas posteriores del desarrollo adolescente. Además, de forma general, estos estilos educativos ocasionan daños en el autoconcepto y en la autoestima específicamente, además de provocar inseguridad y temor, con lo cual se afectaría la manera en que el adolescente se enfrenta a las diferentes situaciones que se le presentan, siendo más vulnerable a experimentar estados emocionales negativos ante las mismas.

Es importante destacar también que los conflictos desarrollados en la familia y/o las carencias afectivas y comunicativas que tienen lugar en el contexto familiar, pueden constituir una fuente generadora de tensión para el adolescente, en función de la significación que tengan para el mismo y teniendo en cuenta las características de la etapa evolutiva por la que atraviesa.

Por tal razón, Aurora García concibe los estilos educativos anteriores y otros más, como actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en el ámbito familiar (García, 2003). De esta forma, los padres pueden representar una fuente de estados negativos para el adolescente o, por el contrario, convertirse en una fuente de apoyo, que ayude a amortiguar toda la ansiedad e inseguridad asociadas a todo este proceso de búsqueda de su propia identidad.

Conjuntamente con la familia, el **contexto escolar** juega también un importante papel para el adolescente. En este sentido, la actividad de estudio cambia,

tanto por su forma como por su contenido (Domínguez et al., 2003). Se plantea que el tránsito de la escolaridad primaria a la secundaria tiene una naturaleza particularmente tensionante para el adolescente, por lo que un factor vinculado a los comportamientos de riesgo durante esta etapa, lo constituye el menor éxito académico (Irwin, 1990, citado por Krauskoph, 1995).

Las vivencias negativas relacionadas con el contexto escolar, asociadas al fracaso en este ámbito, pueden afectar al adolescente, todo lo cual dependerá del significado que posea el éxito en este ámbito para el propio adolescente, así como para su familia, sus iguales y otras personas que le rodean.

El éxito o fracaso escolar depende de muchos factores, tales como el rendimiento académico, la motivación escolar, las características de las relaciones entre el adolescente y sus coetáneos, así como con su maestro, de los conflictos y problemas que afecten al adolescente, de las condiciones físicas personales (como la presencia o no de determinadas limitaciones en este sentido), de su competencia social y otras características desde el punto de vista personal (intereses, autoconocimiento, autoestima, entre otros). Por lo tanto, es un fenómeno multicausal, donde inciden variables biológicas, psicológicas y sociales, que son necesarias abordar de manera interrelacionada.

Pero no solo el éxito o fracaso escolar se convierten en generadores de vivencias importantes para el adolescente. En la jerarquía de los aspectos que incidirán notablemente en el desarrollo del mismo, comienza a ocupar un lugar primordial la **relación con los coetáneos**.

Estas relaciones con los iguales se convierten en un elemento principal para el desarrollo del adolescente. Como plantea Domínguez (Domínguez et al., 2003, pp. 257), “los adolescentes pasan más tiempo con los iguales que en el seno familiar, por lo tanto, sus valores y normas de conducta están determinados en buena medida, por el carácter de estas relaciones”. Reiteradamente, en la literatura, se destaca el papel que juegan los coetáneos en el desarrollo de la personalidad del adolescente (Clauss y Hiebsch, 1974; Bozhovich, 1976; Domínguez et al., 2003; Kon, 1982; Petrovsky, 1985).

Precisamente, del lugar que logre ocupar el adolescente entre sus iguales, de la aceptación y reconocimiento que sea capaz de obtener de éstos, depende su bienestar. Cuando existen dificultades en este sentido, pueden generarse

vivencias y estados emocionales negativos, que pueden llegar, incluso, a niveles patológicos.

En relación con lo anterior, a veces el adolescente lleva a cabo determinadas conductas, en su empeño por obtener dicha aceptación y, en ocasiones, estas **conductas** implican un **riesgo** para su salud. Así, puede comenzar a desarrollar hábitos tóxicos, como fumar y beber bebidas alcohólicas, lo cual está determinado grandemente por el grupo de coetáneos al que pertenece, pues muchas veces son hábitos que sus iguales perciben como una forma de autoafirmación y/o “rebeldía” ante el mundo adulto, grupalmente aceptada y reconocida.

Desde otro punto de vista, los coetáneos y demás personas que rodean al adolescente, pueden convertirse en una fuente de ayuda y seguridad para éste. Es por ello que se habla de otro aspecto importante desde el punto de vista social: el **apoyo social**.

Actualmente, es reconocida por diferentes autores la importancia del apoyo social en personas con enfermedades crónicas, debido a su efecto positivo ante las situaciones difíciles que las mismas deben enfrentar. También se plantea que varios estudios muestran una relación clara y evidente, entre la existencia de niveles de apoyo social y un menor riesgo de padecer determinadas enfermedades, entre las cuales se podría mencionar las incluidas en los trastornos cardiovasculares. Desde esta perspectiva, Fernández-Abascal (Fernández-Abascal et al., 2003) plantea que la falta de contacto o actividad social, es un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular, siendo el apoyo social un elemento que mitiga los efectos de factores de riesgo psicosociales en este sentido.

A partir de las diferentes conceptualizaciones, se puede concebir el apoyo social como todas aquellas acciones, actividades y recursos que proporcionan las relaciones sociales de un individuo, las cuales cumplen para este una función de ayuda en situaciones específicas, propiciando su adaptación y bienestar dentro de un contexto determinado.

Dentro del apoyo social se engloban las denominadas redes formales de apoyo (servicios comunitarios de prestación económica, asistencial y/o sanitaria), así como las redes informales de apoyo, las cuales están conformadas por todas

aquellas relaciones sociales que de forma natural se configuran en el entorno de la persona (amigos, familia, compañeros de trabajo, vecinos) (Rodríguez, Pastor y López-Roig, 1993)

Varios son los autores que coinciden en referir diversos tipos o dimensiones de apoyo social, aún cuando los mismos se encuentren íntimamente relacionados, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

-apoyo emocional: consiste en brindar acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo (expresiones de amor, de brindar ánimo, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación e interés por el otro, dar afecto, consolar)

-apoyo cognoscitivo: brindar información, consejos, sugerencias, contribuyen a un mejor enfrentamiento de determinadas situaciones

-apoyo instrumental o material: facilitar el acceso a objetos y servicios (alimentos, vestido, dinero, compra de medicamentos, entre otros), que ayudan a resolver problemas prácticos.

De manera general, determinadas personas o instituciones que rodean al adolescente, pueden resultarle significativas, contribuyendo a que el mismo perciba las situaciones difíciles desde una perspectiva más optimista, valorando diversas soluciones al problema, facilitándose así enfrentamientos más adecuados ante dichas situaciones. Si, por el contrario, no existen estas redes de apoyo social, el adolescente se torna más vulnerable ante las demandas y exigencias del medio, ya que atraviesa por una etapa del desarrollo donde depende en buena medida de la información, la comprensión y el apoyo que le brinden las personas que le rodean.

Otro de los aspectos que se debe valorar, por el riesgo que implica para la salud del adolescente, no solo psicológica, sino para su salud en general, son los **factores o acontecimientos potencialmente psicopatógenos**. Los mismos constituyen aquellas “actitudes, comportamientos o eventos que se producen o inciden de manera sostenida o no, en el entorno del sujeto y que pueden resultar psicológicamente nocivas dada una edad, un sujeto y un contexto determinado” (García, 2003, p. 33)

Cuando fue abordado el contexto familiar, se explicó cómo determinadas actitudes y comportamientos por parte de la familia pueden incidir directa o indirectamente en la salud del adolescente. Pero existen, además, los

acontecimientos potencialmente psicopatógenos, que constituyen “(...)situaciones bruscas, incomprensibles en su mayoría, que enfrentan al niño con estímulos tensionantes diversos y sobrecargan su capacidad adaptativa, pudiendo provocar la pérdida de su equilibrio biopsicosocial “ (García, 2003, p. 39). Entre estos acontecimientos se encuentran, según la autora: pérdidas físicas o emocionales, ingreso en hospitales o intervenciones médicas provocadoras de ansiedad o dolores, situaciones de gran estrés, nacimiento de un hermano y el divorcio.

Precisamente, en las personas que padecen hipertensión arterial, han sido estudiados los eventos que le son altamente significativos y que irrumpen su cotidianidad, demandando una exagerada carga afectiva, encontrándose que estos sujetos viven muchas veces en una constante alta demanda del ambiente psicosocial. (Colunga, 2005).

Se plantea que son sólo potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas, porque para generar alteraciones en el equilibrio biopsicosocial, depende de cómo el sujeto perciba dichos acontecimientos, del significado que cobren para él y esto, por supuesto, depende de su edad, su personalidad en formación y otras características contenidas en su situación social de desarrollo, incluyendo el apoyo social que recibe y percibe. Es necesario comprender cuáles son las potencialidades y recursos, desde todo punto de vista, con que cuenta el adolescente cuando enfrenta dichos factores y/o acontecimientos.

Hasta este momento, se ha evidenciado cómo los factores relacionados con el contexto que rodea al adolescente, pueden asociarse a la hipertensión arterial esencial en esta etapa, desde diferentes perspectivas de análisis:

- Generando estados emocionales negativos en el adolescente
- Propiciando el desarrollo de características, hábitos, estilos de vida y conductas en el adolescentes que ponen en riesgo su salud, fundamentalmente relacionadas con la hipertensión arterial.
- Modulando la respuesta psicológica que el adolescente ofrece ante las demandas de su situación social de desarrollo

Los factores contextuales se deben analizar íntimamente relacionados con las características psicológicas propias del adolescente.

Factores Individuales o personales.

Los factores individuales engloban todos aquellos aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo-afectivo del adolescente, desde una comprensión holística de la personalidad, que pueden incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial en esta etapa.

Continuamente hemos referido cómo el contexto puede generar estados emocionales negativos en el adolescente. ¿Qué relación guardan dichos estados con la hipertensión arterial esencial?

Como plantea Molerio (Molerio, 2004., p. 21), “la evaluación del papel de las **emociones** en la salud humana se ha caracterizado por el reconocimiento de dos polos de la respuesta emocional: las emociones positivas y las emociones negativas”. Las segundas, son referidas a las emociones que tienen un efecto negativo en el sujeto, sobre la base de sus significados, es decir, son las emociones que producen una experiencia emocional desagradable (Molerio, 2004). En cambio, las emociones positivas son las que generan vivencias agradables en la persona.

A partir de las ideas planteadas por dicha autora, se considera cuán importante es valorar con qué frecuencia, duración e intensidad se presentan reacciones emocionales, principalmente de carácter negativo, ya que cuando éstas se presentan en niveles altos con relación a los tres indicadores mencionados, dan lugar a limitaciones e interferencias en diferentes facetas de la vida del individuo y reducen su adaptabilidad al medio. De esta forma, se pueden producir consecuencias negativas, tanto a nivel biológico (por la activación fisiológica que ocurre, también intensa), como psicológico (por la desorganización de la respuesta emocional, que propicia el surgimiento y desarrollo de determinadas patologías psíquicas), en estrecha relación unas con las otras.

Precisamente, con respecto a la relación de las emociones con la hipertensión arterial, se plantea que una buena parte de los cambios producidos en la presión arterial, son debidas a la actividad psicológica y, dentro de estas, cabe

destacar las debidas a procesos emocionales (Fernández-Abascal, 2003, citado por Calvo et al., 2001).

Si bien las emociones son estados que se producen en la persona, sobre la base de sus sentidos y significados, esta tiene la capacidad, en mayor o menor medida, de regular dicho proceso emocional, lo cual guarda estrecha relación con el **autocontrol emocional**.

En el ámbito del proceso de salud-enfermedad, es tan importante estudiar las características de las emociones que una persona experimenta, como el control que la misma puede ejercer sobre estas y cómo lo lleva a cabo. Un individuo puede vivenciar emociones negativas ante una situación determinada, pero si es capaz de controlar eficazmente este proceso y autorregularse conscientemente, las mismas pueden no traer consecuencias nefastas para su salud.

¿En que consiste dicho control emocional? ¿Cómo se logra por parte de la persona?

Como bien plantea Clemente (Clemente y Adrián, 2004), existen varias definiciones de regulación emocional en la bibliografía. Estos autores consideran muy adecuada la descrita por Cole, Michel y Teti, que evidencia cuan complejo es el fenómeno emocional y su regulación y que define este proceso como: "(...) los procesos de iniciar, evitar, inhibir, mantener y modular la ocurrencia, forma, intensidad y duración de los estados sentimentales internos, de los procesos fisiológicos relacionados con la emoción, de las metas relacionadas y la conducta concurrente con la emoción, generalmente al servicio de conseguir un objetivo" (Cole, Michel y Teti, 1994, citados por Clemente y Adrián, 2004).

Por nuestra parte, sobre la base de los elementos anteriores, consideramos el autocontrol emocional como la capacidad del sujeto para influir y controlar sus emociones, regulando su expresión en función de la evaluación que realiza de la situación, sobre la base de su sistema interno de sentidos y significados. Por lo tanto, el autocontrol emocional debe contribuir al equilibrio emocional de la persona, "(...) posibilitando una mejor adaptación del individuo al medio" (Molerio, 2005).

Para el logro de este autocontrol que realiza la persona de sus propias emociones, una premisa esencial lo constituye el desarrollo óptimo de su

autoconciencia emocional. Es decir, sólo es posible un adecuado autocontrol emocional si éste se sustenta en un acertado y profundo conocimiento de sí mismo, de las propias habilidades y potencialidades para regular las emociones, de acuerdo a las demandas sociales y a sus propias necesidades y metas personales.

Es evidente que el autocontrol emocional constituye un factor esencial de la competencia personal del sujeto, en tanto contribuye a su mejor ajuste y adaptación al medio social. De hecho, con respecto al adolescente, se plantea que si es consciente de sus emociones, le resulta más sencillo evaluar la situación en la que se encuentra, modular sus sentimientos y subordinar sus impulsos a las metas que se propone, aumentando las posibilidades de alcanzarlas (Pereira y Martínez, 2003). De existir dificultades en este proceso, podrían originarse graves consecuencias para su salud de forma general.

Coincidimos con Palacios (Palacios, Marchesi y Coll, 2002) cuando refiere que, a partir de la etapa escolar, se logran importantes avances en el control y regulación de las propias emociones, pues los niños aprenden paulatinamente a evaluar, regular y modificar, si es necesario, sus propios estados emocionales.

Dicho autor plantea que, ya desde los seis y siete años aproximadamente, debido a la progresiva conciencia de los propios procesos cognoscitivos, se empieza a observar una importante evolución en las estrategias utilizadas para regular los estados emocionales, "(...)de forma que los niños van a pasar de tratar de cambiar la situación externa (con la intención de provocar un estado emocional alternativo y agradable) a intentar introducir directamente cambios mentales internos" (Saarni et al., citados por Palacios et al., 2002)

En la adolescencia, la esfera emocional y el autoconocimiento se encuentran aún en intenso proceso de desarrollo, lo que condiciona que el autocontrol emocional que se alcanza esté expuesto a constantes avances y retrocesos en el camino hacia su consolidación. No obstante, es evidente que, ya desde esta etapa, se debe lograr un autocontrol emocional ante determinadas situaciones, sin el cual no es posible el ajuste y adecuado desenvolvimiento ante las exigencias de la situación social de desarrollo.

La expresión y el control de las emociones, anteriormente abordados, se encuentran íntimamente relacionados con la esfera social del adolescente.

Diferentes autores destacan dicha interrelación (Campos et al., 1983; Denma, von Salisch, Olthoof, Kochanoff y Caverly, 2002, citados por Villanueva, Clemente y Adrián, 2005). Por lo tanto, las emociones que el adolescente vivencia se vinculan directa o indirectamente al éxito o fracaso que experimenta en su interacción con su medio social. A su vez, este éxito o fracaso en las interacciones depende en buena medida o son reguladas por la expresión emocional, como aspecto central en este sentido.

Sobre esta base, se habla hoy en día de la competencia socioafectiva (Villanueva et al., 2005), donde la competencia social es enriquecida por componentes emocionales, directamente relacionados con la expresión y regulación emocional, analizados en relación a los distintos contextos en que se desarrolla el individuo.

Abordado el autocontrol emocional, faltaría precisar el otro elemento de la competencia socioafectiva: la **competencia social**.

Para enfrentar acertadamente las situaciones y problemas que se presentan cotidianamente, de forma constructiva y sin que se afecte la salud, es necesario poseer determinadas habilidades, no solo emocionales, que permitan responder a las exigencias sociales y funcionar adecuadamente en la sociedad. Precisamente, la competencia social es el resultado del éxito del sujeto en sus relaciones interpersonales, orientado hacia metas individuales, en correspondencia con las demandas sociales que operan en una determinada situación (Lorenzo, 2000).

Es decir, la competencia social es la capacidad o habilidad del sujeto para interactuar de manera exitosa con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer influencia sobre sus semejantes, según Zaldívar (Zaldívar, D. F., 2005). Tal y como plantea este autor y otros, como Martínez-Otero (Martínez-Otero, 2005), la competencia social es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos, ya que favorece la adaptación a los distintos ámbitos. La misma engloba habilidades emocionales, cognitivas y sociales del sujeto.

A partir de las ideas de importantes autores (Bozhovich, 1976; Domínguez, 2003; Lorenzo, 2000; Oliva y Parra, 2005; Palacios et al., 2002), se puede plantear que, para el logro de la competencia social en la adolescencia, son necesarias determinadas características, habilidades y capacidades, tales

como: regulación emocional, conocimiento y responsabilidad ante las normas morales, la expresión o comunicación adecuada (verbal y extraverbal) de emociones, sentimientos, ideas, opiniones, establecer relaciones empáticas, la amabilidad y simpatía, habilidades de cooperación, independencia y autonomía, habilidades del funcionamiento académico y del desarrollo físico, de resolución de problemas, de cognición social, entre otras.

Sin estas habilidades, el adolescente se enfrenta a constantes fracasos en sus relaciones con los iguales y otras personas, que pueden generar estados emocionales negativos y afectar su bienestar y salud.

Constantemente, el adolescente pone en práctica las habilidades anteriormente señaladas, pero las mismas se revierten de especial importancia en determinadas situaciones que demandan de éste un esfuerzo mayor. Es entonces que se convierten en la base de lo que gran cantidad de autores han denominado como **estrategias de afrontamiento**.

En numerosas investigaciones se ha abordado la manera en que las personas enfrentan las situaciones difíciles y/o estresantes, teniendo como punto de partida, en su gran mayoría, la teoría desarrollada por Lazarus y Folkman acerca de las formas de afrontamiento.

El afrontamiento es un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones problemáticas o estresantes (Cea Ugarte, Brazal y González-Pinto, 2004; Figueroa, Continil, Lacunza, Levín y Estévez, 2005; Pereira y Martínez, 2003)

Basado en las ideas de Casullo y Fernández, (Casullo y Fernández, 2001, citados por Figueroa et al., 2005), así como de Arjona (Arjona y Guerrero, 2004), consideramos el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales que lleva a cabo la persona ante diversas experiencias vitales y/o más o menos cotidianas, que demandan de la misma dicho esfuerzo.

De esta manera, el valor del afrontamiento como factor que pone en riesgo o no la salud, radica en su significado como elemento crucial que media en la relación entre el individuo y su contexto. En la medida en que el adolescente cuenta con recursos de afrontamiento acertados ante las diferentes exigencias y demandas de su situación social de desarrollo, podrá funcionar más adecuadamente.

Específicamente, en cuanto a la hipertensión arterial, se ha comprobado cómo las deficiencias en habilidades de afrontamiento pueden traer consigo incapacidad de adaptación a cambios ambientales, dificultad para expresión de emociones y sentimientos, así como incapacidad para formar redes de apoyo durables y gratificadoras, todo lo cual repercutiría negativamente en la enfermedad.

En cuanto a las formas de afrontamiento, los investigadores aceptan que existen, al menos, dos amplias estrategias (Muela, Torres y Peláez, 2002): afrontamiento focalizado al problema, que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes de la situación difícil, intentando resolver el problema o disminuir su impacto y el afrontamiento focalizado a las emociones, que implica realizar esfuerzos para reducir o eliminar los sentimientos negativos originados por la situación difícil o problemática.

Partiendo de estas consideraciones, resulta conveniente comprender las dificultades que el adolescente presenta en la forma de enfrentar situaciones que le resulten difíciles, analizando si dicha forma genera en él estados negativos, aún cuando logre solucionar el problema en cuestión.

Es indudable que todos los aspectos anteriormente abordados deben ser tomados en cuenta sobre la base de una comprensión holística de la personalidad. En cada respuesta que el adolescente ofrece ante las demandas de su situación social de desarrollo, se integran procesos y formaciones psicológicas complejas que son las responsables, como sistema, de la regulación y autorregulación del comportamiento. La **autovaloración y la autoestima** constituyen una de estas formaciones que consideramos necesario abordar, cuando se trata de la hipertensión arterial.

Los procesos de la autoconciencia actúan en calidad de reguladores concientes de la conducta, fijando así el desarrollo psíquico de la personalidad (Pérez y Mendoza, 2001). Es por eso que las dificultades en este sentido no pueden dejar de tomarse en cuenta, como un factor individual de riesgo en la hipertensión del adolescente.

Un autoconocimiento centrado sólo en aspectos negativos de su persona, condicionan que el adolescente se subvalore, sin reconocer sus potencialidades para realizar determinadas metas y proyectos, todo lo cual

puede generar sentimientos de inferioridad, así como poca confianza en sí mismo y sensación de incapacidad. Es evidente que un adolescente que se autoperciba de manera negativa, le atribuirá poco valor a la imagen de sí, presentando entonces una autoestima baja.

Todo lo anterior mediatiza la forma en que el adolescente va a percibir la realidad, sintiendo que no cuenta con las habilidades y capacidades suficientes para afrontarla adecuadamente, lo cual hace que le resulten más amenazantes las demandas y exigencias de su contexto social y, en función de esto, así será su respuesta a las mismas.

En el otro extremo, donde puede existir un adolescente que sobrevalore sus recursos personales para llevar a cabo determinada tarea, propicia el planteamiento de metas muy por encima de sus posibilidades reales, conduciéndolo a posibles fracasos, los cuales pueden repercutir negativamente en su estado emocional.

Por lo tanto, el autoconcepto se convierte en el núcleo de la regulación del comportamiento, permitiendo al adolescente conocer sus necesidades, emociones, capacidades y habilidades, para desarrollar estrategias cada vez más eficaces en el logro de metas que le proporcionen bienestar. Las dificultades en este sentido pueden repercutir directa o indirectamente en el proceso de salud enfermedad.

De manera general, en la aparición y desarrollo de la hipertensión arterial esencial pueden incidir indirectamente **determinadas características de la personalidad en formación**, porque mediatizan la forma en que el adolescente enfrenta las diferentes situaciones y demandas externas.

Los factores individuales y contextuales, en íntima relación unos con otros, abordados con anterioridad, evidencian cómo determinados aspectos del desarrollo psicológico del adolescente y del entorno que le rodea, pueden encontrarse asociados a la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial en esta etapa, fundamentalmente sobre la base de su relación con emociones y estados que tienen una repercusión negativa en el funcionamiento fisiológico del organismo.

A partir de las ideas expresadas hasta este momento, podemos plantear como problema científico de nuestra investigación, el siguiente: *¿cuáles son los factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial, en adolescentes de 12 a 15 años de edad?*, del cual se derivan una serie de interrogantes científicas:

-¿Existen factores de riesgo psicosociales en la adolescencia, que pueden incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial a esta edad?

-¿El diagnóstico de hipertensión arterial esencial a esta edad se encuentra asociado a determinadas características o eventos ocurridos en el contexto social del adolescente?

¿Qué características psicológicas del adolescente hipertenso pueden incidir negativamente en el control de las cifras tensionales del mismo?

Con la presente investigación se pretende entonces dar respuesta a las interrogantes anteriores.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

2.1. Características generales de la metodología.

Para dar cumplimiento a los objetivos de nuestra investigación, se empleó un diseño descriptivo e integrador (mixto), es decir, en el que se combinan la metodología cualitativa y la cuantitativa, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada una.

Precisamente, todo el análisis de los datos se realiza a través del empleo de los métodos matemáticos y estadísticos, a partir de las categorías e indicadores establecidos previamente, de acuerdo a los objetivos de la investigación. A su vez, dichos datos también se analizan desde una perspectiva cualitativa, sobre la base del análisis de contenido de las verbalizaciones y comportamientos de los sujetos objeto de estudio.

Se empleó la triangulación, con el objetivo de lograr mayor credibilidad de los registros evolutivos de cada caso en particular. En este caso se utiliza la triangulación de técnicas y de fuentes.

2.2. Definición de la muestra.

Aunque se reconocen limitaciones en el pesquizaje de adolescentes con hipertensión arterial esencial, las cifras estimadas en este sentido, en la provincia de Villa Clara, es de 30 pacientes.

En la presente investigación, a partir del conocimiento de la población anteriormente referida, se realizó un muestreo no probabilístico, intencional, teniendo en cuenta los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial esencial.
- Edad comprendida entre 12 y 14 años, debido a las características peculiares y similares de los adolescentes en estas edades, según los criterios predominantes de autores, entre los cuales se encuentran:

Bozhovich, Kon, Petrovsky, entre otros, referidos por Domínguez (Domínguez, 2003)

- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Que ofrezcan su consentimiento informado de forma oral a participar en la investigación.
- Periodo de post diagnóstico mayor de seis meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desearan participar en la investigación.
- Pacientes que, en el momento de realizarse el estudio, tuvieran tratamiento psicofarmacológico.

La muestra quedó conformada por 20 adolescentes con hipertensión arterial esencial, que representan aproximadamente el 67 % de la población total, procedentes de la consulta de cardiología del Hospital Infantil “José Luis Miranda”, de Santa Clara.

En las tablas siguientes ofrecemos los datos sobre las particularidades sociodemográficas de los grupos muestrales

Tabla 1. Distribución muestral según la edad

12 años	13 años	14 años
7	6	7
35 %	30 %	35 %

Tabla 2. Distribución muestral según el sexo.

FEMENINO	MASCULINO
4	16
20 %	80 %

Tabla 3. Distribución muestral según la raza

BLANCA	NEGRA	MESTIZA
18	2	0
90 %	10 %	0

Tabla 4. Distribución muestral según la procedencia.

RURAL	URBANA
12	8
60 %	40 %

2.3. Categorías planteadas para el análisis de la información.

- ❖ **Funcionamiento familiar:** se expresa en la forma y grado en que las interacciones establecidas entre los miembros de la familia, cumplen las funciones básicas de la familia y satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de dichas interacciones.
 - *Adecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia le proporcionan al adolescente vivencias y experiencias mayormente positivas, propiciando su desarrollo sano desde el punto de vista biológico, psicológico y social (1 punto).
 - *Parcialmente adecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, en ocasiones provocan vivencias y experiencias en el adolescente, las cuales generan, de forma no sistemática o aislada, estados emocionales negativos y/o fomentan el desarrollo de características de la personalidad inadecuadas, pero que no afectan el bienestar y ajuste emocional y social general del adolescente (2 puntos).
 - *Inadecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, no satisfacen (o las satisfacen de forma inadecuada) determinadas necesidades del adolescente, afectándose el bienestar y ajuste emocional y social general del mismo (3 puntos)

Jerarquía:

Indicador funcional:

- Igualdad de autoridad.

Indicadores disfuncionales:

- Predominio de uno de los padres con presencia del otro.
- Predominio de uno de los padres con ausencia del otro.
- Ausencia de los dos padres.

Comunicación:

Indicadores funcionales:

- Comunicación clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, mostrando directamente asertividad y claridad en la transmisión de la información.
- Relación positiva de los padres con el menor.
- Comprensión del menor por los adultos.
- Predominio de afectividad positiva.

Indicadores disfuncionales:

- Comunicación medianamente clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, pero que muestra en algunos momentos asertividad y en otros ambivalencia, no por lo que no resulta completamente transparente el mensaje.
- Comunicación clara, abierta y no afectiva: comunicación no afectuosa, con muestras de rechazo evidente y claridad en la transmisión de la información, pero de forma negativa.
- Comunicación confusa e indirecta: tendencia a rechazar la comunicación con el menor y a usar vías indirectas de acercamiento.
- Predominio de afectividad negativa.
- Ausencia de comunicación.

- Relación negativa de los padres con el adolescente.
- Poca relación de los padres con el adolescente.
- Incomprensión del adolescente.
- Ausencia de afecto.

Roles:

Indicadores funcionales

- No acorde con el estereotipo sexual tradicional, de manera flexible.
- Tendencia a la realización conjunta o colaboración.
- Tendencia a la generalización de funciones o cooperación.
- Equilibrio de roles.

Indicadores disfuncionales:

- Acorde con el estereotipo sexual tradicional, de manera rígida.
- Dicotomía de funciones.
- Ausencia de distribución de las tareas domésticas.
- Sobrecarga de roles.

Estilos educativos:

Indicador funcional:

- Adecuado: satisfacción por la atención familiar recibida. Comunicación afectiva y coherente, distribución de roles y flexibilidad en el sistema.

Indicadores disfuncionales:

- Medianamente adecuado. Satisfacción por la atención recibida; el menor percibe que se le dedica poco tiempo y existen necesidades materiales medianamente cubiertas.
- Inadecuado: reconocimiento indirecto de la existencia de una educación familiar incorrecta.

➤ Muy inadecuado: reconocimiento por parte del adolescente de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de una educación familiar incorrecta.

➤ Extremadamente inadecuado: reconocimiento por parte del menor de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de más de un tipo de educación familiar inadecuada, incluyendo la de rechazo.

❖ **Funcionamiento Escolar:** *se expresa en la forma y grado en que el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, cumplen las funciones que debe tener la escuela y satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de ello.*

- *Adecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, proporcionan al adolescente experiencias desarrolladoras, que se acompañan de vivencias mayormente positivas, propiciando en este el desarrollo sano desde el punto de vista biológico, psicológico y social (1 punto)*

- *Parcialmente adecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, no propician su desarrollo armónico y generan de forma no sistemática o aislada, estados emocionales negativos y/o fomentan el desarrollo de características de la personalidad inadecuadas, pero que no afectan el bienestar y ajuste emocional y social general del adolescente (2 puntos).*

- *Inadecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, no satisfacen (o las satisfacen de forma inadecuada) determinadas necesidades del adolescente y no resultan potenciadoras de su desarrollo, afectándose el bienestar y ajuste emocional y social general del mismo (3 puntos).*

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del funcionamiento escolar:

Relación con los coetáneos:

Indicador funcional:

➤ Existen relaciones positivas con los iguales, basadas en la cooperación, reciprocidad, participación conjunta en diferentes actividades y/o intercambio estrecho e íntimo de ideas, afecto, opiniones del adolescente con alguno o algunos de ellos.

Indicador disfuncional:

➤ Existe rechazo o burla por parte de los iguales hacia el adolescente, discusiones frecuentes, peleas, aislamiento del adolescente, poco contacto comunicativo y afectivo entre este y los coetáneos.

Relación con el maestro:

Indicador funcional:

- Existen buenas relaciones entre el adolescente y sus maestros, basadas en la aceptación y respeto mutuo.

Indicadores disfuncionales:

- Existen relaciones de rechazo mutuo o de uno hacia el otro; el adolescente puede sentir que el maestro tiene “alumnos preferidos”

Actividad de estudio:

Indicador funcional:

- El adolescente se encuentra motivado por la actividad de estudio, la realiza mayormente con éxito, presentando un ritmo de aprendizaje que le permite llevar a cabo la mayoría de las actividades y tareas escolares de forma adecuada.

Indicador disfuncional:

- El escolar se siente desmotivado hacia el estudio o hacia la mayoría de las actividades curriculares y/o presenta un ritmo de aprendizaje que entorpece su desempeño académico. Cuando por determinadas causas (relacionadas con la familia, las relaciones, individuales, entre otras), el adolescente no logra concentrarse ni desarrollar de manera eficiente la actividad de estudio.

Actividades extracurriculares:

Indicador funcional:

- El adolescente se encuentra motivado por la mayoría de las actividades extracurriculares, participando activamente en las mismas, de forma entusiasta y/o presentando vivencias mayormente placenteras en las mismas.

Indicador disfuncional:

- El escolar se siente desmotivado hacia las actividades extracurriculares que organiza la escuela, no participa en la mayoría

de estas actividades o participa por motivaciones externas, vivenciando estados negativos muchas veces en su realización.

❖ Apoyo Social: *se expresa en todas aquellas acciones, actividades y recursos que proporcionan las relaciones sociales del adolescente, las cuales cumplen para este una función de ayuda en situaciones específicas.*

- *Eficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente le proporcionan una ayuda material y/o espiritual que contribuye a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (1 punto).*

- *Parcialmente eficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente le proporcionan una ayuda material y/o espiritual, que contribuye solo en ocasiones a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (2 puntos).*

- *Ineficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente no le proporcionan una ayuda material y/o espiritual, o la ayuda que le proporcionan no contribuye a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (3 puntos).*

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del apoyo social:

Estructura:

Indicador funcional:

- Existe gran cantidad personas importantes o significativas para el adolescente, las cuales tienen contacto frecuente con éste.

Indicador disfuncional:

- Existen muy pocas personas significativas para el adolescente o no existe ninguna y/o las que existen tienen contacto con él esporádicamente.

Existencia de variados tipos de apoyo social, según el contenido:

Indicador funcional:

- Cuando existen diferentes tipos de apoyo, de manera integrada y armónica: apoyo emocional, informativo, instrumental y valorativo.

Indicador disfuncional:

- Cuando hay ausencia de uno o varios tipos de apoyo social y/o prevalece uno en detrimento del otro.

Función:

Indicador funcional:

- Las redes sociales del adolescente cumplen funciones relacionadas con el bienestar del adolescente, su salud y calidad de

vida, sobre la base de la satisfacción de necesidades básicas, como sentimiento de afiliación y dependencia, apoyo afectivo e instrumental.

Indicador disfuncional:

➤ Las redes sociales del adolescente no cumplen funciones relacionadas con el bienestar del adolescente, su salud y calidad de vida, sobre la base de la no satisfacción de necesidades básicas.

- ❖ Acontecimientos potencialmente psicopatógenos: *situaciones bruscas, imprevisibles en su mayoría, que enfrentan al adolescente con estímulos tensionantes diversos y sobrecargan su capacidad adaptativa, pudiendo provocar la pérdida de su equilibrio biopsicosocial.*

Entre estos acontecimientos se encuentran:

- *Pérdidas físicas o emocionales: la muerte de familiares o seres queridos, la ausencia por separación de los padres, cambios de domicilio o emigración, entre otras.*
- *Ingreso en hospitales o intervenciones médicas provocadoras de ansiedad o dolores.*
- *Situaciones de gran estrés*
- *Nacimiento de un hermano*
- *Divorcio de los padres*

Se valora:

-Ausencia de eventos potencialmente psicopatógenos: se expresa en ausencia de eventos de este tipo en la vida del adolescente (0 punto)

-Presencia de eventos potencialmente psicopatógenos: se expresa en la existencia de al menos un acontecimiento de este tipo en la vida del adolescente (se evalúan de acuerdo a los niveles planteados a continuación)

Indicadores para valorar los acontecimientos psicopatógenos, si está presente al menos uno:

- *Acontecimientos bruscos e imprevisibles no psicopatógenos: no provocan la pérdida del equilibrio biopsicosocial del adolescente (1 punto)*
- *Acontecimientos parcialmente psicopatógenos: sobrecargan la capacidad adaptativa del adolescente, provocando transitoriamente la pérdida de su equilibrio biopsicosocial, afectándose una de las esferas de su vida (2 puntos)*
- *Acontecimientos psicopatógenos: provocan la pérdida del equilibrio biopsicosocial del adolescente, afectando su funcionamiento en más de una esfera de su vida (3 puntos)*

- ❖ **Autocontrol emocional:** capacidad del individuo de regular de manera consciente y efectiva sus diferentes respuestas emocionales en la mayoría de las situaciones, lo que le permite una mayor adaptación.

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del autocontrol emocional (Moleiro, 2004):

Autoconciencia emocional: Se expresa en la capacidad del individuo de reconocer las emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ella se asocian.

- Adecuada: El adolescente reconoce sus emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ellas se asocian (1 punto).
- Parcialmente adecuada: El adolescente es capaz de reconocer sus emociones propias, pero no logra identificar y comprender las emociones ajenas o viceversa (2 punto)
- Inadecuada: El adolescente no logra reconocer y comprender sus emociones propias ni las ajenas (3 puntos)

Expresión emocional adecuada: Se expresa en una adecuada expresión de la respuesta emocional, sin que se produzcan tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas. No implica la supresión de la reacción emocional, sino su correcta expresión.

- Estilo expresivo: El adolescente es capaz de expresar sus emociones, tanto positivas como negativas, de manera abierta sin que se produzcan contradicciones o tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas (1 punto).
- Estilo semi - expresivo: Ocasionalmente el adolescente es capaz de expresar sus emociones (cuando la situación no implica gran conflictividad), aunque se produce una activación de alguno de sus sistemas de respuestas (2 puntos).
- Estilo represivo: El adolescente reprime sus emociones, intentando eliminar su experiencia emocional, pero mantiene una activación fisiológica no controlada (3 puntos).

Bienestar emocional: Es el resultado e indicador fundamental del autocontrol emocional. Se manifiesta en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos.

- Alto: Predominan vivencias emocionales positivas con un fuerte componente motivacional. Se acompaña de seguridad, placer y confianza (1 punto).
- Medio: Se combinan vivencias emocionales con un contenido positivo y negativo. El funcionamiento emocional del adolescente está muy condicionado por las situaciones cotidianas (2 puntos).

- Bajo: predominan vivencias de contenido emocional negativo que pueden llegar a configurarse incluso, como estados afectivos con carácter patológico. Se acompaña de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo (3 puntos).
- ❖ *Competencia social*: se expresa en las habilidades cognitivas, afectivas y sociales que permiten al sujeto su mejor adaptación a las exigencias del medio social en el que está inmerso y funcionar adecuadamente en la sociedad en que vive.
- Adecuada: se expresa en las habilidades cognitivas, afectivas y sociales que posee el adolescente, pudiendo responder satisfactoriamente las exigencias o demandas de su situación social de desarrollo, alcanzando el éxito en la mayoría de sus relaciones interpersonales (1 punto).
 - Parcialmente adecuada: se expresa en las dificultades relacionadas con determinadas habilidades cognitivas, afectivas y sociales del adolescente, que entorpecen su respuesta satisfactoria ante algunas demandas sociales y/o su éxito en las relaciones con determinadas personas, pero sin afectar su bienestar y ajuste emocional y social (2 puntos).
 - Inadecuada: se expresa en la carencia de determinadas habilidades cognitivas, afectivas y sociales por parte del adolescente, que limitan su respuesta satisfactoria ante algunas demandas sociales y/o su éxito en las relaciones con determinadas personas, afectando su bienestar y ajuste emocional y social (3 puntos).

Indicadores a tener en cuenta en el análisis de la competencia social:

Relaciones interpersonales:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para la interacción social, tanto con los iguales, familiares y otros adultos ajenos a su medio. Entre dichas habilidades pueden mencionarse: habilidades para el saludo, para

ofrecer cumplidos, para iniciar conversaciones, de expresión verbal y extraverbal, entre otras.

- El adolescente no presenta dificultades en sus relaciones. Es aceptado en los diferentes ámbitos de sus relaciones sociales interpersonales

Indicador disfuncional:

- El adolescente no es aceptado frecuentemente por las personas que le rodean, presentando dificultades en sus relaciones interpersonales.

Relaciones de amistad:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para el establecimiento y mantenimiento de amistad, tales como: reforzamiento a iguales, intercambio de ideas y de afecto, asertivas, de retroalimentación, entre otras.
- El adolescente presenta relaciones de amistad con las cuales se siente conforme y satisfecho

Indicador disfuncional:

- Existen dificultades para establecer y mantener relaciones de amistad por parte del adolescente.
- El adolescente no tiene relaciones de amistad o con las que tiene no se encuentra satisfecho ni conforme, expresando necesidad de tener más amigos.

Expresión verbal:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para exponer ideas propias, de manera personalmente elaborada.
- Existen habilidades para expresar afecto, tanto verbal como extraverbalmente.

Indicador disfuncional:

- Existen dificultades para expresar ideas y afectos, tanto de forma verbal como extraverbal, que interfieren en el desempeño social del adolescente en sus diferentes esferas.

Respeto por las normas morales:

Indicador funcional:

- Existe un conocimiento y responsabilidad ante las normas morales, que le permiten al adolescente desarrollar comportamientos comprometidos con las mismas, ajustándose adecuadamente en los diferentes ámbitos sociales donde se desenvuelve.

Indicador disfuncional:

- Existe desconocimiento de las normas morales o se conocen las normas, pero no existe el respeto hacia las mismas, todo lo cual afecta el desenvolvimiento adecuado del adolescente en los determinados contextos.

Realización de actividades conjuntas:

Indicador funcional:

- Existen habilidades en el adolescente para organizar y colaborar en las diferentes actividades sociales que debe llevar a cabo.

Indicador disfuncional:

- No existen habilidades en el adolescente para organizar y colaborar en las diferentes actividades sociales que debe llevar a cabo

❖ *Estrategias de afrontamiento:* conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales que lleva a cabo la persona ante diversas experiencias vitales y/o más o menos cotidianas, que demandan de la misma dicho esfuerzo.

- Efectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales le permiten dar

solución a la situación problemática, sin que esto implique su desajuste emocional (1 punto).

- Parcialmente efectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales le permiten, al menos, resolver parcialmente el problema, aún cuando se produzcan en él estados emocionales negativos, pero que no impliquen su desajuste emocional (2 puntos).

- Inefectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales no le permiten solucionar la situación problemática y/o se produce en él un desajuste emocional (3 puntos).

Indicador fundamental a tener en cuenta en el análisis de las estrategias de afrontamiento:

Resultados:

Indicador funcional:

- Los resultados de la/s estrategia/s de afrontamiento a corto y/o a largo plazo, permiten al adolescente resolver el problema sin provocar en él desajustes emocionales.

Indicador disfuncional:

- Los resultados de la/s estrategia/s de afrontamiento a corto y/o a largo plazo no le permiten al adolescente resolver el problema y/o le provocan desajustes emocionales.

❖ *Conductas saludables vs riesgo: se expresa en el conjunto de comportamientos y/o actividades cotidianas o habituales llevados a cabo por el adolescente, que se convierten en prácticas o patrones y que tienen incidencia positiva o negativa en la salud del mismo.*

- Sanas: se expresan cuando la mayoría de los comportamientos cotidianos del adolescente, favorecen su desarrollo, el mantener su salud o recuperarla (1 punto).

- Parcialmente sanas: se expresa cuando existen algunos comportamientos en el adolescente que son nocivos para su salud o le pueden producir determinado daño (especialmente relacionados con la hipertensión arterial), pero dichos comportamientos se presentan de forma muy aislada (2 puntos).

- Riesgosas: se expresan cuando en el adolescente existen comportamientos cotidianos y sistemáticos, que afectan su salud de forma mediata o inmediata (3 puntos).

Indicadores para analizar las conductas saludables vs riesgo:

Entre conductas sanas resaltan: el dormir entre 7 y 8 horas en la noche, no fumar, no tener un sobre peso del 10% según el peso y la talla, practicar ejercicios físicos regularmente, dieta adecuada sin exceso de sal, calorías no grasas, no presencia de hábitos tóxicos.

Entre las conductas riesgo se encuentran: la obesidad, el sedentarismo, dieta alimenticia con exceso de sal, calorías y grasas, el tabaquismo, ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente, exceso de consumo de sal

❖ *Características de la personalidad en formación:* expresadas en determinadas características estructurales de la configuración de la personalidad en formación del adolescente.

- Adecuadas: se expresa en el predominio de características de personalidad en formación que permitan al adolescente, o faciliten, su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, favoreciendo así su ajuste emocional y social (1 punto).

- Parcialmente adecuadas de la personalidad en formación: se expresa a través de la existencia en el adolescente de alguna o algunas características de personalidad en formación, que entorpecen en ocasiones su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, pero sin afectar su ajuste emocional y social (2 puntos).

- Inadecuadas de la personalidad en formación: se expresa en el predominio en el adolescente de características de personalidad en formación, que entorpecen su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, afectando su ajuste emocional y social (3 puntos).

Indicadores para analizar las características de personalidad:

-Las características adecuadas de personalidad en formación se relacionan con un perfil salutogénico, que integra aspectos como: seguridad, alta autoestima, valoración adecuada de sí mismo, decidido, no sugestionable, no ansioso, sociable, desinhibido, expresivo, flexible, entre otras

-Las características inadecuadas de personalidad en formación se relacionan con un perfil de vulnerabilidad, que integra aspectos como: inseguridad, baja autoestima, rígido, valoración de sí mismo inadecuada, temeroso, indeciso, altamente sugestionable, ansiedad, hipocondríaco, timidez, inhibición, impulsividad, explosividad, entre otras.

Evaluación de las variables

La evaluación de las variables se realizó a través de las siguientes técnicas:

Tabla 5. Técnicas empleados en la evaluación de las variables

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FUNCIONAMIENTO ESCOLAR	APOYO SOCIAL	ACONTECIMIENTOS POTENCIALMENTE PSICOPATOGENOS
-Entrevista # 1 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 1 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 2 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 4 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres	-Entrevista # 2 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres -Informe Escolar Entrevista al médico

Tabla 7: Técnicas empleados en la evaluación de las variables (CONTINUACIÓN)

AUTOCONTROL	COMPETENCIA SOCIAL	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CONDUCTAS	CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD
--------------------	---------------------------	-------------------------------------	------------------	---

EMOCIONAL			SALUDABLES VS RIESGO	EN FORMACION
-Entrevista al # 3 adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 3 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 4 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 2 al adolescente -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 1 a los padres -Entrevista al médico	-Entrevista # 3 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 4 a los padres -Informe Escolar

2.4. Materiales e instrumentos.

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados, en la presente investigación se utilizaron un conjunto de pruebas psicológicas que incluyeron la valoración de familiares, maestros, médico especialista y del propio adolescente. A continuación relacionamos las mismas:

Para los adolescentes:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.
- ✓ Composición “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser”.
- ✓ Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)
- ✓ Inventario de autoestima.
- ✓ Completamiento de Frases (Rotter)
- ✓ Auto observación.

Para padres:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.

Para el maestro

- ✓ Informe escolar.

Para el médico especialista en cardiología:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.

También se realizó:

- ✓ Revisión de la historia clínica.
- ✓

Descripción de las técnicas empleadas.

- Entrevista psicológica al adolescente (Anexos # 1, 2, 3 y 4)

Objetivo: comprender y evaluar aspectos de la historia de vida del adolescente, sus experiencias, vivencias y características personales y de su contexto social, que puedan incidir directa o indirectamente en la hipertensión arterial esencial.

Materiales: papel y lápiz o grabadora.

Procedimiento: para el desarrollo de la entrevista a profundidad se realizaron preguntas de contenido y formato. Respecto al contenido realizamos preguntas biográficas, sensoriales, experienciales, de sentimiento, de conocimientos y de opinión. Respecto al formato, se utilizaron preguntas descriptivas de gran recorrido, de mini recorrido, de experiencia, de ejemplo y preguntas estructurales de verificación, sobre términos inclusores y sobre términos incluidos.

Calificación e interpretación: la evaluación de la técnica se realiza de forma cualitativa mediante un análisis de contenido, el cual sirve de base al análisis cuantitativo de las categorías. Los aspectos fundamentales en los cuales se desea profundizar son:

- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Síntomas psíquicos que experimenta el menor.

- Tiempo de manifestación de la sintomatología.
 - Eventos vitales significativos.
 - Aparición de los síntomas antes o después del evento vital significativo.
 - Características de personalidad en formación del menor.
 - Composición y características afectivas de la familia.
 - Contexto escolar.
 - Características de las relaciones interpersonales del adolescente.
 - Apoyo social con que cuenta el adolescente.
 - Conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte de padres y el adolescente.
 - Hábitos y estilos de vida del adolescente y su familia
- **Composición “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser” (Anexo # 5)**

Constituye un método de exploración indirecto, en el cual el adolescente ofrece sus valoraciones en relación con el tema que se propone. En este caso específico, consiste en la redacción de una composición sobre la base de un título sugerido.

Objetivo: conocer las características del autoconocimiento del adolescente hipertenso, tanto relacionadas con su autovaloración, como su autoestima, que pudieran influir en la aparición y/o curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega una hoja al adolescente, solicitándole que escriba una composición con el título “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser”.

Materiales: papel y lápiz.

Calificación e interpretación: los resultados de la composición se analizan de forma cualitativa. Para el análisis, consideramos útil tener en cuenta los indicadores que propone Fernando González (González, 1985), los cuales aparecen a continuación:

-Contenido: en este indicador se incluye el tratamiento que el sujeto le da al contenido en la composición, incluyendo elementos positivos y negativos que exprese, la frecuencia, el orden de prioridades en que los refiere, las relaciones entre estos y cualquier otro aspecto dado en la descripción de lo expuesto

-Vínculo emocional hacia el contenido expresado: se determina por las expresiones afectivas que acompañan al contenido, tales como el amor, odio, miedo, admiración, deseo, inconformidad y otras, o bien por actitudes manifiestas del sujeto ante el contenido expuesto.

-Elaboración personal del contenido expresado: la elaboración personal es el principal indicador de la posición activa del sujeto ante el contenido, es la expresión de su personalidad en el mismo y tiene estrecha relación con el indicador anterior, pues permite evaluar el grado de implicación afectiva que tiene el tema para el sujeto, de manera que el contenido expresa el sentido personal, que actúa como fuerza motivacional.

Se caracteriza la elaboración personal por presentarse en diferentes niveles de expresión:

- Cuando el contenido expresado por el sujeto no es totalmente descriptivo, sino que expresa juicios y reflexiones propias
- Cuando en el contenido el sujeto se compromete con valoraciones personales
- Cuando el sujeto expone problemas en el contenido expresado, planteándose interrogantes y discrepancias en su elaboración
- Cuando el contenido está comprometido afectivamente
- Cuando el sujeto se incluye activamente en sus consideraciones sobre el tema, desarrollándolo basado en sus necesidades, vivencias y experiencias personales.

- **Inventario de Problemas Juveniles (IPJ) (Anexo # 6)**

Objetivo: evaluar las dificultades del adolescente hipertenso relacionadas con su esfera personal, de salud, familiar, escolar y de relaciones, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo de IPJ, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo de IPJ y lápiz

Calificación e interpretación: se realizará de forma cualitativa, de acuerdo a las esferas que en la técnica se evalúan, sobre la base de las categorías planteadas.

- **Inventario de autoestima.** (Anexo # 7)

Se confeccionó en 1996 en el Departamento de Psicología de La Universidad Central de Las Villas (UCLV) y fue empleado en el trabajo de diploma de Arocha R. y Bello E., así como de Rodríguez A. , entre otras, asesorados por el Dr. Luis Felipe Herrera. Cuenta con 25 frases sencillas que reflejan aspectos relacionados con la autoaceptación y autovaloración de los adolescentes.

El cuestionario se ajusta a las características de los adolescentes cubanos. Previo a su uso en el trabajo antes mencionado, se realizó un pilotaje demostrándose la efectividad del mismo en nuestro medio.

Objetivos: valorar las características de la autovaloración y autoestima del adolescente hipertenso, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo del Inventario de autoestima, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo del Inventario de Autoestima

Calificación e interpretación: se califica de forma cuantitativa, determinando primero el número de frases que no se corresponde con la respuesta afirmativa o negativa que debería ser normal o adecuada, otorgando un punto por cada

respuesta negativa y 0 por cada respuesta positiva, llevándose luego a la siguiente escala:

- De 0 a 5: autoestima muy alta.
- De 6 a 11: autoestima alta.
- De 12 a 20: autoestima baja
- Por encima de 20: autoestima muy baja.

La interpretación de esta técnica se hace además de manera cualitativa, valorando aquellos indicadores que se ofrezcan directamente.

- **Completamiento de Frases o test de Rotter** (Anexo # 8)

Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es el test de Rotter.

Objetivos: conocer situaciones, vivencias, intereses, características de personalidad, conflictos, frustraciones, temores, aspiraciones, preocupaciones, relacionadas con el área familiar, escolar, social, sexual y personal del adolescente hipertenso, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo del Completamiento de Frases, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo del Completamiento de Frases

Calificación e interpretación: se califica de forma cualitativa. Las áreas evaluadas por la prueba son:

-área familia: en las frases 4, 11, 17 36

-área escolar: en las frases 14 y 22

-área social: en las frases 3, 10, 19, 39 y 41

-área personal: en las frases 18, 23, 25, 33, 37 y 38

-área sexual: en las frases 7, 23, 28, 35 y 41

-área de conflicto emocional: en las frases 9, 12,15, 20, 21,30, 31, 34 y 40

-área motivacional: 1, 2, 3, 6, 8 y 16

- **Ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas (Adaptación de la ficha de autorregistro diario de situaciones de estrés) (Anexo # 9):**

Objetivo: valorar la manera en que el adolescente hipertenso enfrenta determinadas situaciones difíciles o problemáticas y su repercusión en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Descripción: con esta técnica se propone un modelo de autorregistro que cada persona pueda completar y que le ayude a identificar cuales son las situaciones o sucesos que más frecuentemente le exigen un determinado esfuerzo cognitivo, emocional y conductual. Con una ficha como la que a continuación se propone, es posible identificar las situaciones que le preocupan o son un problema para el adolescente, su intensidad, los momentos del día, los contextos en que aparecen, así como la eficacia de las distintas conductas de afrontamiento que el mismo lleva a cabo cuando aparecen esas situaciones. Se considera que entre sus principales ventajas está el que evita problemas como la caída del recuerdo y la valoración impersonal del impacto. La técnica se basa en la auto observación, donde el adolescente observa sus propios estados psíquicos, sus vivencias.

Procedimientos: se le orienta oralmente y por escrito al adolescente que durante 30 días aproximadamente escriba cómo siente, piensa y actúa ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas que se le presenten, así como le hubiera gustado sentirse, qué le hubiera gustado haber pensado y qué le hubiera gustado haber hecho ante dichas situaciones. Se le orienta, además, que en caso de que no ocurran situaciones de este tipo en 30 días, deberá escribir los aspectos mencionados, pero referidos a situaciones que le hayan sucedido recientemente (más o menos de seis meses a un año)

Materiales: hoja de papel y lápiz

Calificación: Valoración cualitativa de la información.

- **Entrevista psicológica a los padres** (Anexos # 10, 11 y 12)

Comprendemos esta como un encuentro entre el investigador y los padres, dirigido hacia la obtención de información sobre las historias de vidas, experiencias o situaciones que han sentidos sus hijos durante su educación y vivenciación de la patología diagnosticada.

Objetivos: obtener información sobre las particularidades del adolescente hipertenso y su relación con los diferentes contextos donde se desarrolla, que pudieran incidir directa o indirectamente en la hipertensión arterial esencial.

Materiales: papel y lápiz o grabadora.

Procedimiento: será aplicada a padres, quienes responderán las preguntas del entrevistador y donde resultará de gran importancia para el mismo el no emitir juicios, escuchar atentamente, mostrar interés, sensibilidad y permitirles que se expresen con sus propias palabras. Se registrará la entrevista en forma de notas.

Calificación e interpretación: se realiza de forma cualitativa, atendiendo a las categorías de análisis, profundizando en aspectos fundamentales, los cuales aparecen en la entrevista psicológica al adolescente, descrita con anterioridad.

- **Informe escolar** (Anexo # 13)

Se utilizó para lograr objetividad en el estudio realizado. Es la caracterización que hace el maestro de los escolares y que nos permite profundizar en el aspecto evolutivo de la actividad cognoscitiva y la esfera afectivo-motivacional. Nos ofrece información sobre una serie de categorías tales como: aprendizaje, desarrollo de procesos cognitivos, rendimiento escolar, relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres, disciplina, asistencia, sintomatología, tiempo de evolución de las manifestaciones psíquicas y eventos vitales

Objetivos: profundizar en el funcionamiento del adolescente en el contexto escolar, valorando posibles repercusiones de este ámbito en la hipertensión arterial.

Material: protocolo y lápiz.

Procedimiento: el informe escolar fue solicitado al maestro y confeccionado por este

Calificación e interpretación: se evalúan de forma cualitativa los aspectos siguientes:

- Sintomatología psíquica.
- Tiempo de evolución de las manifestaciones.
- Existencia e Influencia de eventos vitales en los diferentes contextos.
- Desarrollo de los procesos cognitivos (pensamiento, memoria, atención y lenguaje).
- Rendimiento escolar actual.
- Rendimiento escolar anterior a los síntomas observados el maestro.
- Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres actuales.
- Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres anteriores a los síntomas observados por el maestro.
- Disciplina y asistencia a las actividades académicas.
- Existencia de situaciones difíciles o problemas que afectan al adolescente

- **Entrevista al médico** (Anexo # 14)

Es una entrevista semi - estructurada que se realizó al médico especialista en Cardiología, responsable en el Hospital Infantil del diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes con hipertensión arterial, que ingresan a la Sala de Cardiología

Objetivo: conocer elementos relacionados con la enfermedad del adolescente, tales como su diagnóstico, el nivel de control y el tratamiento indicado.

Calificación e interpretación: de forma cuantitativa y cualitativa

- *Revisión de la historia clínica*

Objetivo: conocer elementos relacionados con la enfermedad del adolescente, tales como su diagnóstico, el nivel de control y el tratamiento indicado.

Calificación e interpretación: de forma cuantitativa y cualitativa

- **Observación**

La observación como método científico es una percepción atenta, racional, planificada y sistemática, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación. en sus condiciones naturales, con vistas a ofrecer una explicación científica de la naturaleza interna de estos.

En nuestra investigación, la observación se empleó en todo momento, es decir, siempre que se interactuó con los sujetos de la investigación, fundamentalmente los adolescentes hipertensos, como una vía de triangular la información ofrecida por otras técnicas

2.5. Procedimientos:

Procedimiento general en la investigación

La investigación se realizó durante el año 2005, para lo cual se realizó primeramente una amplia búsqueda bibliográfica, relacionada con el tema de la hipertensión arterial esencial en la adolescencia, analizándose , los aspectos más relevantes en este sentido.

Inicialmente se solicitó información a los profesionales vinculados a la atención de adolescentes con hipertensión arterial esencial, fundamentalmente del Hospital Infantil “José Luis Miranda”, lugar donde se encuentran registrados los datos de una buena parte de los adolescentes hipertensos de la provincia de Villa Clara.

Una vez seleccionados los adolescentes que conformarían la muestra de nuestra investigación, se les pidió cooperación, tanto a ellos como a sus padres.

El estudio se inició con una entrevista a la cardióloga que atiende estos adolescentes hipertensos, siendo este la jefa de la Sala de Cardiología del Hospital Pediátrico. Luego se procedió a entrevistar a los padres de dichos

adolescentes, así como a solicitar el informe escolar a los maestros de cada uno

Posteriormente, se realizó la distribución de las técnicas dirigidas al adolescente hipertenso, por sesiones, de forma tal que no se produjera en ninguno de los adolescentes agotamiento ni fatiga a nivel de incidencia negativa en los resultados de las mismas. Se fueron realizando, paralelas a las técnicas con los adolescentes, las entrevistas a los padres

Las sesiones quedaron conformadas de la siguiente manera:

Primera sesión:

- ✓ Entrevista # 1 a los padres.
- ✓ Entrevista # 1 al adolescente
- ✓ Completamiento de frases
- ✓ Se orienta la realización de la ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas

Segunda sesión:

- ✓ Entrevista # 2 a los padres
- ✓ Entrevista # 2 al adolescente
- ✓ Composición "Cómo soy, cómo me ven los demás, cómo quisiera ser"

Tercera sesión:

- ✓ Entrevista # 3 a los padres
- ✓ Entrevista # 3 al adolescente
- ✓ Inventario de Problemas Juveniles.

Cuarta sesión:

- ✓ Entrevista # 4 al adolescente
- ✓ Inventario de autoestima
- ✓ Se recoge la ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas

Durante la aplicación individual de las pruebas psicológicas se utilizó la observación psicológica, con el objetivo de constatar los resultados y precisar el sentido de las respuestas ofrecidas por el adolescente y sus familiares durante el proceso de investigación. La metodología diagnóstica anteriormente referida se aplicó bajo condiciones adecuadas de iluminación, privacidad y ventilación. La duración de cada sesión estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada adolescente, aunque nunca excedió de 60 minutos. Para cada prueba se confeccionó un protocolo de recogida de datos, elaborados previamente, lo que facilitó la recogida de información.

El análisis de los resultados obtenidos se realizó teniendo en cuenta el objetivo general del trabajo y las tareas de investigación planteadas. Los datos recolectados fueron llevados a ficheros en SPSS para Window's y se crearon tablas y gráficos, con la finalidad de demostrar relaciones entre las categorías.

El análisis estadísticos se realizó aplicando el test no paramétrico de comparación de dos poblaciones: test de Mann-Whitney, teniendo en cuenta el grupo de paciente controlados y el grupo de pacientes controlados parcialmente.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

2.1. Características generales de la metodología.

Para dar cumplimiento a los objetivos de nuestra investigación, se empleó un diseño descriptivo e integrador (mixto), es decir, en el que se combinan la metodología cualitativa y la cuantitativa, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada una.

Precisamente, todo el análisis de los datos se realiza a través del empleo de los métodos matemáticos y estadísticos, a partir de las categorías e indicadores establecidos previamente, de acuerdo a los objetivos de la investigación. A su vez, dichos datos también se analizan desde una perspectiva cualitativa, sobre la base del análisis de contenido de las verbalizaciones y comportamientos de los sujetos objeto de estudio.

Se empleó la triangulación, con el objetivo de lograr mayor credibilidad de los registros evolutivos de cada caso en particular. En este caso se utiliza la triangulación de técnicas y de fuentes.

2.2. Definición de la muestra.

Aunque se reconocen limitaciones en el pesquizaje de adolescentes con hipertensión arterial esencial, las cifras estimadas en este sentido, en la provincia de Villa Clara, es de 30 pacientes.

En la presente investigación, a partir del conocimiento de la población anteriormente referida, se realizó un muestreo no probabilístico, intencional, teniendo en cuenta los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial esencial.
- Edad comprendida entre 12 y 14 años, debido a las características peculiares y similares de los adolescentes en estas edades, según los criterios predominantes de autores, entre los cuales se encuentran:

Bozhovich, Kon, Petrovsky, entre otros, referidos por Domínguez (Domínguez, 2003)

- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Que ofrezcan su consentimiento informado de forma oral a participar en la investigación.
- Periodo de post diagnóstico mayor de seis meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desearan participar en la investigación.
- Pacientes que, en el momento de realizarse el estudio, tuvieran tratamiento psicofarmacológico.

La muestra quedó conformada por 20 adolescentes con hipertensión arterial esencial, que representan aproximadamente el 67 % de la población total, procedentes de la consulta de cardiología del Hospital Infantil “José Luis Miranda”, de Santa Clara.

En las tablas siguientes ofrecemos los datos sobre las particularidades sociodemográficas de los grupos muestrales

Tabla 1. Distribución muestral según la edad

12 años	13 años	14 años
7	6	7
35 %	30 %	35 %

Tabla 2. Distribución muestral según el sexo.

FEMENINO	MASCULINO
4	16
20 %	80 %

Tabla 3. Distribución muestral según la raza

BLANCA	NEGRA	MESTIZA
18	2	0
90 %	10 %	0

Tabla 4. Distribución muestral según la procedencia.

RURAL	URBANA
12	8
60 %	40 %

2.3. Categorías planteadas para el análisis de la información.

- ❖ **Funcionamiento familiar:** se expresa en la forma y grado en que las interacciones establecidas entre los miembros de la familia, cumplen las funciones básicas de la familia y satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de dichas interacciones.
 - *Adecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia le proporcionan al adolescente vivencias y experiencias mayormente positivas, propiciando su desarrollo sano desde el punto de vista biológico, psicológico y social (1 punto).
 - *Parcialmente adecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, en ocasiones provocan vivencias y experiencias en el adolescente, las cuales generan, de forma no sistemática o aislada, estados emocionales negativos y/o fomentan el desarrollo de características de la personalidad inadecuadas, pero que no afectan el bienestar y ajuste emocional y social general del adolescente (2 puntos).
 - *Inadecuado:* se expresa cuando las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, no satisfacen (o las satisfacen de forma inadecuada) determinadas necesidades del adolescente, afectándose el bienestar y ajuste emocional y social general del mismo (3 puntos)

Jerarquía:

Indicador funcional:

- Igualdad de autoridad.

Indicadores disfuncionales:

- Predominio de uno de los padres con presencia del otro.
- Predominio de uno de los padres con ausencia del otro.
- Ausencia de los dos padres.

Comunicación:

Indicadores funcionales:

- Comunicación clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, mostrando directamente asertividad y claridad en la transmisión de la información.
- Relación positiva de los padres con el menor.
- Comprensión del menor por los adultos.
- Predominio de afectividad positiva.

Indicadores disfuncionales:

- Comunicación medianamente clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, pero que muestra en algunos momentos asertividad y en otros ambivalencia, no por lo que no resulta completamente transparente el mensaje.
- Comunicación clara, abierta y no afectiva: comunicación no afectuosa, con muestras de rechazo evidente y claridad en la transmisión de la información, pero de forma negativa.
- Comunicación confusa e indirecta: tendencia a rechazar la comunicación con el menor y a usar vías indirectas de acercamiento.
- Predominio de afectividad negativa.
- Ausencia de comunicación.

- Relación negativa de los padres con el adolescente.
- Poca relación de los padres con el adolescente.
- Incomprensión del adolescente.
- Ausencia de afecto.

Roles:

Indicadores funcionales

- No acorde con el estereotipo sexual tradicional, de manera flexible.
- Tendencia a la realización conjunta o colaboración.
- Tendencia a la generalización de funciones o cooperación.
- Equilibrio de roles.

Indicadores disfuncionales:

- Acorde con el estereotipo sexual tradicional, de manera rígida.
- Dicotomía de funciones.
- Ausencia de distribución de las tareas domésticas.
- Sobrecarga de roles.

Estilos educativos:

Indicador funcional:

- Adecuado: satisfacción por la atención familiar recibida. Comunicación afectiva y coherente, distribución de roles y flexibilidad en el sistema.

Indicadores disfuncionales:

- Medianamente adecuado. Satisfacción por la atención recibida; el menor percibe que se le dedica poco tiempo y existen necesidades materiales medianamente cubiertas.
- Inadecuado: reconocimiento indirecto de la existencia de una educación familiar incorrecta.

➤ Muy inadecuado: reconocimiento por parte del adolescente de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de una educación familiar incorrecta.

➤ Extremadamente inadecuado: reconocimiento por parte del menor de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de más de un tipo de educación familiar inadecuada, incluyendo la de rechazo.

❖ **Funcionamiento Escolar:** *se expresa en la forma y grado en que el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, cumplen las funciones que debe tener la escuela y satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de ello.*

- *Adecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, proporcionan al adolescente experiencias desarrolladoras, que se acompañan de vivencias mayormente positivas, propiciando en este el desarrollo sano desde el punto de vista biológico, psicológico y social (1 punto)*

- *Parcialmente adecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, no propician su desarrollo armónico y generan de forma no sistemática o aislada, estados emocionales negativos y/o fomentan el desarrollo de características de la personalidad inadecuadas, pero que no afectan el bienestar y ajuste emocional y social general del adolescente (2 puntos).*

- *Inadecuado: se expresa cuando el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, no satisfacen (o las satisfacen de forma inadecuada) determinadas necesidades del adolescente y no resultan potenciadoras de su desarrollo, afectándose el bienestar y ajuste emocional y social general del mismo (3 puntos).*

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del funcionamiento escolar:

Relación con los coetáneos:

Indicador funcional:

➤ Existen relaciones positivas con los iguales, basadas en la cooperación, reciprocidad, participación conjunta en diferentes actividades y/o intercambio estrecho e íntimo de ideas, afecto, opiniones del adolescente con alguno o algunos de ellos.

Indicador disfuncional:

➤ Existe rechazo o burla por parte de los iguales hacia el adolescente, discusiones frecuentes, peleas, aislamiento del adolescente, poco contacto comunicativo y afectivo entre este y los coetáneos.

Relación con el maestro:

Indicador funcional:

- Existen buenas relaciones entre el adolescente y sus maestros, basadas en la aceptación y respeto mutuo.

Indicadores disfuncionales:

- Existen relaciones de rechazo mutuo o de uno hacia el otro; el adolescente puede sentir que el maestro tiene “alumnos preferidos”

Actividad de estudio:

Indicador funcional:

- El adolescente se encuentra motivado por la actividad de estudio, la realiza mayormente con éxito, presentando un ritmo de aprendizaje que le permite llevar a cabo la mayoría de las actividades y tareas escolares de forma adecuada.

Indicador disfuncional:

- El escolar se siente desmotivado hacia el estudio o hacia la mayoría de las actividades curriculares y/o presenta un ritmo de aprendizaje que entorpece su desempeño académico. Cuando por determinadas causas (relacionadas con la familia, las relaciones, individuales, entre otras), el adolescente no logra concentrarse ni desarrollar de manera eficiente la actividad de estudio.

Actividades extracurriculares:

Indicador funcional:

- El adolescente se encuentra motivado por la mayoría de las actividades extracurriculares, participando activamente en las mismas, de forma entusiasta y/o presentando vivencias mayormente placenteras en las mismas.

Indicador disfuncional:

- El escolar se siente desmotivado hacia las actividades extracurriculares que organiza la escuela, no participa en la mayoría

de estas actividades o participa por motivaciones externas, vivenciando estados negativos muchas veces en su realización.

❖ Apoyo Social: *se expresa en todas aquellas acciones, actividades y recursos que proporcionan las relaciones sociales del adolescente, las cuales cumplen para este una función de ayuda en situaciones específicas.*

- *Eficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente le proporcionan una ayuda material y/o espiritual que contribuye a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (1 punto).*

- *Parcialmente eficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente le proporcionan una ayuda material y/o espiritual, que contribuye solo en ocasiones a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (2 puntos).*

- *Ineficaz: se expresa cuando las relaciones sociales del adolescente no le proporcionan una ayuda material y/o espiritual, o la ayuda que le proporcionan no contribuye a su mejor respuesta psicológica ante los diferentes problemas, situaciones difíciles o eventos vitales que le suceden (3 puntos).*

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del apoyo social:

Estructura:

Indicador funcional:

- Existe gran cantidad personas importantes o significativas para el adolescente, las cuales tienen contacto frecuente con éste.

Indicador disfuncional:

- Existen muy pocas personas significativas para el adolescente o no existe ninguna y/o las que existen tienen contacto con él esporádicamente.

Existencia de variados tipos de apoyo social, según el contenido:

Indicador funcional:

- Cuando existen diferentes tipos de apoyo, de manera integrada y armónica: apoyo emocional, informativo, instrumental y valorativo.

Indicador disfuncional:

- Cuando hay ausencia de uno o varios tipos de apoyo social y/o prevalece uno en detrimento del otro.

Función:

Indicador funcional:

- Las redes sociales del adolescente cumplen funciones relacionadas con el bienestar del adolescente, su salud y calidad de

vida, sobre la base de la satisfacción de necesidades básicas, como sentimiento de afiliación y dependencia, apoyo afectivo e instrumental.

Indicador disfuncional:

➤ Las redes sociales del adolescente no cumplen funciones relacionadas con el bienestar del adolescente, su salud y calidad de vida, sobre la base de la no satisfacción de necesidades básicas.

- ❖ Acontecimientos potencialmente psicopatógenos: *situaciones bruscas, imprevisibles en su mayoría, que enfrentan al adolescente con estímulos tensionantes diversos y sobrecargan su capacidad adaptativa, pudiendo provocar la pérdida de su equilibrio biopsicosocial.*

Entre estos acontecimientos se encuentran:

- *Pérdidas físicas o emocionales: la muerte de familiares o seres queridos, la ausencia por separación de los padres, cambios de domicilio o emigración, entre otras.*
- *Ingreso en hospitales o intervenciones médicas provocadoras de ansiedad o dolores.*
- *Situaciones de gran estrés*
- *Nacimiento de un hermano*
- *Divorcio de los padres*

Se valora:

-Ausencia de eventos potencialmente psicopatógenos: se expresa en ausencia de eventos de este tipo en la vida del adolescente (0 punto)

-Presencia de eventos potencialmente psicopatógenos: se expresa en la existencia de al menos un acontecimiento de este tipo en la vida del adolescente (se evalúan de acuerdo a los niveles planteados a continuación)

Indicadores para valorar los acontecimientos psicopatógenos, si está presente al menos uno:

- *Acontecimientos bruscos e imprevisibles no psicopatógenos: no provocan la pérdida del equilibrio biopsicosocial del adolescente (1 punto)*
- *Acontecimientos parcialmente psicopatógenos: sobrecargan la capacidad adaptativa del adolescente, provocando transitoriamente la pérdida de su equilibrio biopsicosocial, afectándose una de las esferas de su vida (2 puntos)*
- *Acontecimientos psicopatógenos: provocan la pérdida del equilibrio biopsicosocial del adolescente, afectando su funcionamiento en más de una esfera de su vida (3 puntos)*

- ❖ **Autocontrol emocional:** capacidad del individuo de regular de manera consciente y efectiva sus diferentes respuestas emocionales en la mayoría de las situaciones, lo que le permite una mayor adaptación.

Indicadores a tener en cuenta en el análisis del autocontrol emocional (Moleiro, 2004):

Autoconciencia emocional: Se expresa en la capacidad del individuo de reconocer las emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ella se asocian.

- Adecuada: El adolescente reconoce sus emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ellas se asocian (1 punto).
- Parcialmente adecuada: El adolescente es capaz de reconocer sus emociones propias, pero no logra identificar y comprender las emociones ajenas o viceversa (2 punto)
- Inadecuada: El adolescente no logra reconocer y comprender sus emociones propias ni las ajenas (3 puntos)

Expresión emocional adecuada: Se expresa en una adecuada expresión de la respuesta emocional, sin que se produzcan tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas. No implica la supresión de la reacción emocional, sino su correcta expresión.

- Estilo expresivo: El adolescente es capaz de expresar sus emociones, tanto positivas como negativas, de manera abierta sin que se produzcan contradicciones o tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas (1 punto).
- Estilo semi - expresivo: Ocasionalmente el adolescente es capaz de expresar sus emociones (cuando la situación no implica gran conflictividad), aunque se produce una activación de alguno de sus sistemas de respuestas (2 puntos).
- Estilo represivo: El adolescente reprime sus emociones, intentando eliminar su experiencia emocional, pero mantiene una activación fisiológica no controlada (3 puntos).

Bienestar emocional: Es el resultado e indicador fundamental del autocontrol emocional. Se manifiesta en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos.

- Alto: Predominan vivencias emocionales positivas con un fuerte componente motivacional. Se acompaña de seguridad, placer y confianza (1 punto).
- Medio: Se combinan vivencias emocionales con un contenido positivo y negativo. El funcionamiento emocional del adolescente está muy condicionado por las situaciones cotidianas (2 puntos).

- Bajo: predominan vivencias de contenido emocional negativo que pueden llegar a configurarse incluso, como estados afectivos con carácter patológico. Se acompaña de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo (3 puntos).
- ❖ *Competencia social*: se expresa en las habilidades cognitivas, afectivas y sociales que permiten al sujeto su mejor adaptación a las exigencias del medio social en el que está inmerso y funcionar adecuadamente en la sociedad en que vive.
- Adecuada: se expresa en las habilidades cognitivas, afectivas y sociales que posee el adolescente, pudiendo responder satisfactoriamente las exigencias o demandas de su situación social de desarrollo, alcanzando el éxito en la mayoría de sus relaciones interpersonales (1 punto).
 - Parcialmente adecuada: se expresa en las dificultades relacionadas con determinadas habilidades cognitivas, afectivas y sociales del adolescente, que entorpecen su respuesta satisfactoria ante algunas demandas sociales y/o su éxito en las relaciones con determinadas personas, pero sin afectar su bienestar y ajuste emocional y social (2 puntos).
 - Inadecuada: se expresa en la carencia de determinadas habilidades cognitivas, afectivas y sociales por parte del adolescente, que limitan su respuesta satisfactoria ante algunas demandas sociales y/o su éxito en las relaciones con determinadas personas, afectando su bienestar y ajuste emocional y social (3 puntos).

Indicadores a tener en cuenta en el análisis de la competencia social:

Relaciones interpersonales:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para la interacción social, tanto con los iguales, familiares y otros adultos ajenos a su medio. Entre dichas habilidades pueden mencionarse: habilidades para el saludo, para

ofrecer cumplidos, para iniciar conversaciones, de expresión verbal y extraverbal, entre otras.

- El adolescente no presenta dificultades en sus relaciones. Es aceptado en los diferentes ámbitos de sus relaciones sociales interpersonales

Indicador disfuncional:

- El adolescente no es aceptado frecuentemente por las personas que le rodean, presentado dificultades en sus relaciones interpersonales.

Relaciones de amistad:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para el establecimiento y mantenimiento de amistad, tales como: reforzamiento a iguales, intercambio de ideas y de afecto, asertivas, de retroalimentación, entre otras.
- El adolescente presenta relaciones de amistad con las cuales se siente conforme y satisfecho

Indicador disfuncional:

- Existen dificultades para establecer y mantener relaciones de amistad por parte del adolescente.
- El adolescente no tiene relaciones de amistad o con las que tiene no se encuentra satisfecho ni conforme, expresando necesidad de tener más amigos.

Expresión verbal:

Indicador funcional:

- Existen habilidades para exponer ideas propias, de manera personalmente elaborada.
- Existen habilidades para expresar afecto, tanto verbal como extraverbalmente.

Indicador disfuncional:

➤ Existen dificultades para expresar ideas y afectos, tanto de forma verbal como extraverbal, que interfieren en el desempeño social del adolescente en sus diferentes esferas.

Respeto por las normas morales:

Indicador funcional:

➤ Existe un conocimiento y responsabilidad ante las normas morales, que le permiten al adolescente desarrollar comportamientos comprometidos con las mismas, ajustándose adecuadamente en los diferentes ámbitos sociales donde se desenvuelve.

Indicador disfuncional:

➤ Existe desconocimiento de las normas morales o se conocen las normas, pero no existe el respeto hacia las mismas, todo lo cual afecta el desenvolvimiento adecuado del adolescente en los determinados contextos.

Realización de actividades conjuntas:

Indicador funcional:

➤ Existen habilidades en el adolescente para organizar y colaborar en las diferentes actividades sociales que debe llevar a cabo.

Indicador disfuncional:

➤ No existen habilidades en el adolescente para organizar y colaborar en las diferentes actividades sociales que debe llevar a cabo

❖ *Estrategias de afrontamiento:* conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales que lleva a cabo la persona ante diversas experiencias vitales y/o más o menos cotidianas, que demandan de la misma dicho esfuerzo.

- Efectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales le permiten dar

solución a la situación problemática, sin que esto implique su desajuste emocional (1 punto).

- Parcialmente efectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales le permiten, al menos, resolver parcialmente el problema, aún cuando se produzcan en él estados emocionales negativos, pero que no impliquen su desajuste emocional (2 puntos).

- Inefectivas: se expresa cuando, ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales, los cuales no le permiten solucionar la situación problemática y/o se produce en él un desajuste emocional (3 puntos).

Indicador fundamental a tener en cuenta en el análisis de las estrategias de afrontamiento:

Resultados:

Indicador funcional:

- Los resultados de la/s estrategia/s de afrontamiento a corto y/o a largo plazo, permiten al adolescente resolver el problema sin provocar en él desajustes emocionales.

Indicador disfuncional:

- Los resultados de la/s estrategia/s de afrontamiento a corto y/o a largo plazo no le permiten al adolescente resolver el problema y/o le provocan desajustes emocionales.

❖ *Conductas saludables vs riesgo: se expresa en el conjunto de comportamientos y/o actividades cotidianas o habituales llevados a cabo por el adolescente, que se convierten en prácticas o patrones y que tienen incidencia positiva o negativa en la salud del mismo.*

- Sanas: se expresan cuando la mayoría de los comportamientos cotidianos del adolescente, favorecen su desarrollo, el mantener su salud o recuperarla (1 punto).

- Parcialmente sanas: se expresa cuando existen algunos comportamientos en el adolescente que son nocivos para su salud o le pueden producir determinado daño (especialmente relacionados con la hipertensión arterial), pero dichos comportamientos se presentan de forma muy aislada (2 puntos).

- Riesgosas: se expresan cuando en el adolescente existen comportamientos cotidianos y sistemáticos, que afectan su salud de forma mediata o inmediata (3 puntos).

Indicadores para analizar las conductas saludables vs riesgo:

Entre conductas sanas resaltan: el dormir entre 7 y 8 horas en la noche, no fumar, no tener un sobre peso del 10% según el peso y la talla, practicar ejercicios físicos regularmente, dieta adecuada sin exceso de sal, calorías no grasas, no presencia de hábitos tóxicos.

Entre las conductas riesgo se encuentran: la obesidad, el sedentarismo, dieta alimenticia con exceso de sal, calorías y grasas, el tabaquismo, ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente, exceso de consumo de sal

❖ *Características de la personalidad en formación:* expresadas en determinadas características estructurales de la configuración de la personalidad en formación del adolescente.

- Adecuadas: se expresa en el predominio de características de personalidad en formación que permitan al adolescente, o faciliten, su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, favoreciendo así su ajuste emocional y social (1 punto).

- Parcialmente adecuadas de la personalidad en formación: se expresa a través de la existencia en el adolescente de alguna o algunas características de personalidad en formación, que entorpecen en ocasiones su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, pero sin afectar su ajuste emocional y social (2 puntos).

- Inadecuadas de la personalidad en formación: se expresa en el predominio en el adolescente de características de personalidad en formación, que entorpecen su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas, afectando su ajuste emocional y social (3 puntos).

Indicadores para analizar las características de personalidad:

-Las características adecuadas de personalidad en formación se relacionan con un perfil salutogénico, que integra aspectos como: seguridad, alta autoestima, valoración adecuada de sí mismo, decidido, no sugestionable, no ansioso, sociable, desinhibido, expresivo, flexible, entre otras

-Las características inadecuadas de personalidad en formación se relacionan con un perfil de vulnerabilidad, que integra aspectos como: inseguridad, baja autoestima, rígido, valoración de sí mismo inadecuada, temeroso, indeciso, altamente sugestionable, ansiedad, hipocondríaco, timidez, inhibición, impulsividad, explosividad, entre otras.

Evaluación de las variables

La evaluación de las variables se realizó a través de las siguientes técnicas:

Tabla 5. Técnicas empleados en la evaluación de las variables

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FUNCIONAMIENTO ESCOLAR	APOYO SOCIAL	ACONTECIMIENTOS POTENCIALMENTE PSICOPATOGENOS
-Entrevista # 1 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 1 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 2 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 4 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres	-Entrevista # 2 al adolescente -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 2 a los padres -Informe Escolar Entrevista al médico

Tabla 7: Técnicas empleados en la evaluación de las variables (CONTINUACIÓN)

AUTOCONTROL	COMPETENCIA SOCIAL	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CONDUCTAS	CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD
--------------------	---------------------------	-------------------------------------	------------------	---

EMOCIONAL			SALUDABLES VS RIESGO	EN FORMACION
-Entrevista al # 3 adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 3 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 4 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 3 a los padres -Informe Escolar	-Entrevista # 2 al adolescente -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 1 a los padres -Entrevista al médico	-Entrevista # 3 al adolescente -Composición -IPJ -Rotter -Ficha de autorregistro diario de situaciones o problemáticas -Entrevista # 4 a los padres -Informe Escolar

2.4. Materiales e instrumentos.

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados, en la presente investigación se utilizaron un conjunto de pruebas psicológicas que incluyeron la valoración de familiares, maestros, médico especialista y del propio adolescente. A continuación relacionamos las mismas:

Para los adolescentes:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.
- ✓ Composición “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser”.
- ✓ Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)
- ✓ Inventario de autoestima.
- ✓ Completamiento de Frases (Rotter)
- ✓ Auto observación.

Para padres:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.

Para el maestro

- ✓ Informe escolar.

Para el médico especialista en cardiología:

- ✓ Entrevista psicológica semi-estructurada.

También se realizó:

- ✓ Revisión de la historia clínica.
- ✓

Descripción de las técnicas empleadas.

- Entrevista psicológica al adolescente (Anexos # 1, 2, 3 y 4)

Objetivo: comprender y evaluar aspectos de la historia de vida del adolescente, sus experiencias, vivencias y características personales y de su contexto social, que puedan incidir directa o indirectamente en la hipertensión arterial esencial.

Materiales: papel y lápiz o grabadora.

Procedimiento: para el desarrollo de la entrevista a profundidad se realizaron preguntas de contenido y formato. Respecto al contenido realizamos preguntas biográficas, sensoriales, experienciales, de sentimiento, de conocimientos y de opinión. Respecto al formato, se utilizaron preguntas descriptivas de gran recorrido, de mini recorrido, de experiencia, de ejemplo y preguntas estructurales de verificación, sobre términos inclusores y sobre términos incluidos.

Calificación e interpretación: la evaluación de la técnica se realiza de forma cualitativa mediante un análisis de contenido, el cual sirve de base al análisis cuantitativo de las categorías. Los aspectos fundamentales en los cuales se desea profundizar son:

- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Síntomas psíquicos que experimenta el menor.

- Tiempo de manifestación de la sintomatología.
 - Eventos vitales significativos.
 - Aparición de los síntomas antes o después del evento vital significativo.
 - Características de personalidad en formación del menor.
 - Composición y características afectivas de la familia.
 - Contexto escolar.
 - Características de las relaciones interpersonales del adolescente.
 - Apoyo social con que cuenta el adolescente.
 - Conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte de padres y el adolescente.
 - Hábitos y estilos de vida del adolescente y su familia
- **Composición “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser” (Anexo # 5)**

Constituye un método de exploración indirecto, en el cual el adolescente ofrece sus valoraciones en relación con el tema que se propone. En este caso específico, consiste en la redacción de una composición sobre la base de un título sugerido.

Objetivo: conocer las características del autoconocimiento del adolescente hipertenso, tanto relacionadas con su autovaloración, como su autoestima, que pudieran influir en la aparición y/o curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega una hoja al adolescente, solicitándole que escriba una composición con el título “Cómo soy, cómo me ven los demás y cómo quisiera ser”.

Materiales: papel y lápiz.

Calificación e interpretación: los resultados de la composición se analizan de forma cualitativa. Para el análisis, consideramos útil tener en cuenta los indicadores que propone Fernando González (González, 1985), los cuales aparecen a continuación:

-Contenido: en este indicador se incluye el tratamiento que el sujeto le da al contenido en la composición, incluyendo elementos positivos y negativos que exprese, la frecuencia, el orden de prioridades en que los refiere, las relaciones entre estos y cualquier otro aspecto dado en la descripción de lo expuesto

-Vínculo emocional hacia el contenido expresado: se determina por las expresiones afectivas que acompañan al contenido, tales como el amor, odio, miedo, admiración, deseo, inconformidad y otras, o bien por actitudes manifiestas del sujeto ante el contenido expuesto.

-Elaboración personal del contenido expresado: la elaboración personal es el principal indicador de la posición activa del sujeto ante el contenido, es la expresión de su personalidad en el mismo y tiene estrecha relación con el indicador anterior, pues permite evaluar el grado de implicación afectiva que tiene el tema para el sujeto, de manera que el contenido expresa el sentido personal, que actúa como fuerza motivacional.

Se caracteriza la elaboración personal por presentarse en diferentes niveles de expresión:

- Cuando el contenido expresado por el sujeto no es totalmente descriptivo, sino que expresa juicios y reflexiones propias
- Cuando en el contenido el sujeto se compromete con valoraciones personales
- Cuando el sujeto expone problemas en el contenido expresado, planteándose interrogantes y discrepancias en su elaboración
- Cuando el contenido está comprometido afectivamente
- Cuando el sujeto se incluye activamente en sus consideraciones sobre el tema, desarrollándolo basado en sus necesidades, vivencias y experiencias personales.

- **Inventario de Problemas Juveniles (IPJ) (Anexo # 6)**

Objetivo: evaluar las dificultades del adolescente hipertenso relacionadas con su esfera personal, de salud, familiar, escolar y de relaciones, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo de IPJ, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo de IPJ y lápiz

Calificación e interpretación: se realizará de forma cualitativa, de acuerdo a las esferas que en la técnica se evalúan, sobre la base de las categorías planteadas.

- **Inventario de autoestima.** (Anexo # 7)

Se confeccionó en 1996 en el Departamento de Psicología de La Universidad Central de Las Villas (UCLV) y fue empleado en el trabajo de diploma de Arocha R. y Bello E., así como de Rodríguez A. , entre otras, asesorados por el Dr. Luis Felipe Herrera. Cuenta con 25 frases sencillas que reflejan aspectos relacionados con la autoaceptación y autovaloración de los adolescentes.

El cuestionario se ajusta a las características de los adolescentes cubanos. Previo a su uso en el trabajo antes mencionado, se realizó un pilotaje demostrándose la efectividad del mismo en nuestro medio.

Objetivos: valorar las características de la autovaloración y autoestima del adolescente hipertenso, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo del Inventario de autoestima, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo del Inventario de Autoestima

Calificación e interpretación: se califica de forma cuantitativa, determinando primero el número de frases que no se corresponde con la respuesta afirmativa o negativa que debería ser normal o adecuada, otorgando un punto por cada

respuesta negativa y 0 por cada respuesta positiva, llevándose luego a la siguiente escala:

- De 0 a 5: autoestima muy alta.
- De 6 a 11: autoestima alta.
- De 12 a 20: autoestima baja
- Por encima de 20: autoestima muy baja.

La interpretación de esta técnica se hace además de manera cualitativa, valorando aquellos indicadores que se ofrezcan directamente.

- **Completamiento de Frases o test de Rotter** (Anexo # 8)

Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es el test de Rotter.

Objetivos: conocer situaciones, vivencias, intereses, características de personalidad, conflictos, frustraciones, temores, aspiraciones, preocupaciones, relacionadas con el área familiar, escolar, social, sexual y personal del adolescente hipertenso, que pudieran incidir en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Procedimiento: se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo del Completamiento de Frases, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: protocolo del Completamiento de Frases

Calificación e interpretación: se califica de forma cualitativa. Las áreas evaluadas por la prueba son:

-área familia: en las frases 4, 11, 17 36

-área escolar: en las frases 14 y 22

-área social: en las frases 3, 10, 19, 39 y 41

-área personal: en las frases 18, 23, 25, 33, 37 y 38

-área sexual: en las frases 7, 23, 28, 35 y 41

-área de conflicto emocional: en las frases 9, 12,15, 20, 21,30, 31, 34 y 40

-área motivacional: 1, 2, 3, 6, 8 y 16

- **Ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas (Adaptación de la ficha de autorregistro diario de situaciones de estrés) (Anexo # 9):**

Objetivo: valorar la manera en que el adolescente hipertenso enfrenta determinadas situaciones difíciles o problemáticas y su repercusión en la aparición y curso de la hipertensión arterial esencial.

Descripción: con esta técnica se propone un modelo de autorregistro que cada persona pueda completar y que le ayude a identificar cuales son las situaciones o sucesos que más frecuentemente le exigen un determinado esfuerzo cognitivo, emocional y conductual. Con una ficha como la que a continuación se propone, es posible identificar las situaciones que le preocupan o son un problema para el adolescente, su intensidad, los momentos del día, los contextos en que aparecen, así como la eficacia de las distintas conductas de afrontamiento que el mismo lleva a cabo cuando aparecen esas situaciones. Se considera que entre sus principales ventajas está el que evita problemas como la caída del recuerdo y la valoración impersonal del impacto. La técnica se basa en la auto observación, donde el adolescente observa sus propios estados psíquicos, sus vivencias.

Procedimientos: se le orienta oralmente y por escrito al adolescente que durante 30 días aproximadamente escriba cómo siente, piensa y actúa ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas que se le presenten, así como le hubiera gustado sentirse, qué le hubiera gustado haber pensado y qué le hubiera gustado haber hecho ante dichas situaciones. Se le orienta, además, que en caso de que no ocurran situaciones de este tipo en 30 días, deberá escribir los aspectos mencionados, pero referidos a situaciones que le hayan sucedido recientemente (más o menos de seis meses a un año)

Materiales: hoja de papel y lápiz

Calificación: Valoración cualitativa de la información.

- **Entrevista psicológica a los padres** (Anexos # 10, 11 y 12)

Comprendemos esta como un encuentro entre el investigador y los padres, dirigido hacia la obtención de información sobre las historias de vidas, experiencias o situaciones que han sentidos sus hijos durante su educación y vivenciación de la patología diagnosticada.

Objetivos: obtener información sobre las particularidades del adolescente hipertenso y su relación con los diferentes contextos donde se desarrolla, que pudieran incidir directa o indirectamente en la hipertensión arterial esencial.

Materiales: papel y lápiz o grabadora.

Procedimiento: será aplicada a padres, quienes responderán las preguntas del entrevistador y donde resultará de gran importancia para el mismo el no emitir juicios, escuchar atentamente, mostrar interés, sensibilidad y permitirles que se expresen con sus propias palabras. Se registrará la entrevista en forma de notas.

Calificación e interpretación: se realiza de forma cualitativa, atendiendo a las categorías de análisis, profundizando en aspectos fundamentales, los cuales aparecen en la entrevista psicológica al adolescente, descrita con anterioridad.

- **Informe escolar** (Anexo # 13)

Se utilizó para lograr objetividad en el estudio realizado. Es la caracterización que hace el maestro de los escolares y que nos permite profundizar en el aspecto evolutivo de la actividad cognoscitiva y la esfera afectivo-motivacional. Nos ofrece información sobre una serie de categorías tales como: aprendizaje, desarrollo de procesos cognitivos, rendimiento escolar, relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres, disciplina, asistencia, sintomatología, tiempo de evolución de las manifestaciones psíquicas y eventos vitales

Objetivos: profundizar en el funcionamiento del adolescente en el contexto escolar, valorando posibles repercusiones de este ámbito en la hipertensión arterial.

Material: protocolo y lápiz.

Procedimiento: el informe escolar fue solicitado al maestro y confeccionado por este

Calificación e interpretación: se evalúan de forma cualitativa los aspectos siguientes:

- Sintomatología psíquica.
- Tiempo de evolución de las manifestaciones.
- Existencia e Influencia de eventos vitales en los diferentes contextos.
- Desarrollo de los procesos cognitivos (pensamiento, memoria, atención y lenguaje).
- Rendimiento escolar actual.
- Rendimiento escolar anterior a los síntomas observados el maestro.
- Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres actuales.
- Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres anteriores a los síntomas observados por el maestro.
- Disciplina y asistencia a las actividades académicas.
- Existencia de situaciones difíciles o problemas que afectan al adolescente

- **Entrevista al médico** (Anexo # 14)

Es una entrevista semi - estructurada que se realizó al médico especialista en Cardiología, responsable en el Hospital Infantil del diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes con hipertensión arterial, que ingresan a la Sala de Cardiología

Objetivo: conocer elementos relacionados con la enfermedad del adolescente, tales como su diagnóstico, el nivel de control y el tratamiento indicado.

Calificación e interpretación: de forma cuantitativa y cualitativa

- *Revisión de la historia clínica*

Objetivo: conocer elementos relacionados con la enfermedad del adolescente, tales como su diagnóstico, el nivel de control y el tratamiento indicado.

Calificación e interpretación: de forma cuantitativa y cualitativa

- **Observación**

La observación como método científico es una percepción atenta, racional, planificada y sistemática, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación. en sus condiciones naturales, con vistas a ofrecer una explicación científica de la naturaleza interna de estos.

En nuestra investigación, la observación se empleó en todo momento, es decir, siempre que se interactuó con los sujetos de la investigación, fundamentalmente los adolescentes hipertensos, como una vía de triangular la información ofrecida por otras técnicas

2.5. Procedimientos:

Procedimiento general en la investigación

La investigación se realizó durante el año 2005, para lo cual se realizó primeramente una amplia búsqueda bibliográfica, relacionada con el tema de la hipertensión arterial esencial en la adolescencia, analizándose , los aspectos más relevantes en este sentido.

Inicialmente se solicitó información a los profesionales vinculados a la atención de adolescentes con hipertensión arterial esencial, fundamentalmente del Hospital Infantil “José Luis Miranda”, lugar donde se encuentran registrados los datos de una buena parte de los adolescentes hipertensos de la provincia de Villa Clara.

Una vez seleccionados los adolescentes que conformarían la muestra de nuestra investigación, se les pidió cooperación, tanto a ellos como a sus padres.

El estudio se inició con una entrevista a la cardióloga que atiende estos adolescentes hipertensos, siendo este la jefa de la Sala de Cardiología del Hospital Pediátrico. Luego se procedió a entrevistar a los padres de dichos

adolescentes, así como a solicitar el informe escolar a los maestros de cada uno

Posteriormente, se realizó la distribución de las técnicas dirigidas al adolescente hipertenso, por sesiones, de forma tal que no se produjera en ninguno de los adolescentes agotamiento ni fatiga a nivel de incidencia negativa en los resultados de las mismas. Se fueron realizando, paralelas a las técnicas con los adolescentes, las entrevistas a los padres

Las sesiones quedaron conformadas de la siguiente manera:

Primera sesión:

- ✓ Entrevista # 1 a los padres.
- ✓ Entrevista # 1 al adolescente
- ✓ Completamiento de frases
- ✓ Se orienta la realización de la ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas

Segunda sesión:

- ✓ Entrevista # 2 a los padres
- ✓ Entrevista # 2 al adolescente
- ✓ Composición "Cómo soy, cómo me ven los demás, cómo quisiera ser"

Tercera sesión:

- ✓ Entrevista # 3 a los padres
- ✓ Entrevista # 3 al adolescente
- ✓ Inventario de Problemas Juveniles.

Cuarta sesión:

- ✓ Entrevista # 4 al adolescente
- ✓ Inventario de autoestima
- ✓ Se recoge la ficha de autorregistro diario de situaciones difíciles o problemáticas

Durante la aplicación individual de las pruebas psicológicas se utilizó la observación psicológica, con el objetivo de constatar los resultados y precisar el sentido de las respuestas ofrecidas por el adolescente y sus familiares durante el proceso de investigación. La metodología diagnóstica anteriormente referida se aplicó bajo condiciones adecuadas de iluminación, privacidad y ventilación. La duración de cada sesión estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada adolescente, aunque nunca excedió de 60 minutos. Para cada prueba se confeccionó un protocolo de recogida de datos, elaborados previamente, lo que facilitó la recogida de información.

El análisis de los resultados obtenidos se realizó teniendo en cuenta el objetivo general del trabajo y las tareas de investigación planteadas. Los datos recolectados fueron llevados a ficheros en SPSS para Window's y se crearon tablas y gráficos, con la finalidad de demostrar relaciones entre las categorías.

El análisis estadísticos se realizó aplicando el test no paramétrico de comparación de dos poblaciones: test de Mann-Whitney, teniendo en cuenta el grupo de paciente controlados y el grupo de pacientes controlados parcialmente.

CAPITULO III. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta los objetivos científicos planteados en nuestra investigación. Se decidió agrupar el estudio en las categorías correspondientes, por lo que el resultado que se ofrecerá, constituye una integración del análisis de todas las pruebas interpretadas en cada adolescente y generalizadas como grupo, teniendo en cuenta al adolescente objeto de estudio y sus contextos fundamentales de interacción.

Consideramos necesario referir los datos relacionados con el tratamiento indicado a los pacientes, nivel de control de la enfermedad y antecedentes familiares de hipertensión arterial, obtenidos a través de la entrevista al médico, la revisión de la historia clínica, así como por la información ofrecida por el propio adolescente y su familia.

En primer lugar, los resultados en cuanto a los antecedentes familiares de hipertensión arterial en los adolescentes estudiados (reflejados en la tabla # 5), coinciden con los datos obtenidos por investigaciones realizadas, tanto en Cuba como en otros países (González et al., 2004; Lurbe et al., 2004; Mijares, 2005).

Es decir, se ha identificado la influencia positiva que ejerce el antecedente de historia familiar de hipertensión arterial en la descendencia, ya que numerosos trabajos indican que la presión arterial sufre un fenómeno biológico de agregación familiar y sugieren que la herencia desempeñaría un papel importante en su transmisión (Mijares, 2005).

Todos los adolescentes estudiados tienen, al menos, un abuelo con hipertensión arterial, en tres de ellos los dos padres son hipertensos y en cuatro pacientes, uno de los padres resultó serlo. En este aspecto, por lo tanto, se coincide con la literatura y estudios mundiales.

Tabla 6. Distribución muestral según los antecedentes de hipertensión arterial, tanto en primera como segunda generación.

CON ANTECEDENTES	SIN ANTECEDENTES
18	2
90 %	10 %

En relación con el tipo de tratamiento, los datos aparecen en la tabla # 7. Debe aclararse que, de los ocho pacientes con tratamiento farmacológico, dos lo toman de forma no sistemática, incumpliendo parte de las indicaciones médicas.

Los investigadores de la hipertensión arterial en la adolescencia, resaltan la importancia de orientar medidas no farmacológicas como primera elección en el tratamiento la enfermedad a esta edad. En correspondencia con esto, las medidas dietéticas y otras relacionadas con la pérdida de peso y la realización de ejercicio físico, fueron orientadas a todos los adolescentes y su familia. No obstante, muy pocos cumplen adecuadamente dichas orientaciones, como se analizará más adelante.

Tabla 7. Distribución muestral según el tratamiento indicado.

FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
8	12
40 %	60 %

Con respecto a la hipertensión arterial, 13 de los pacientes estudiados se encuentran controlados totalmente, mientras que siete de ellos presentan un control parcial de la enfermedad (Tabla # 8). Son siete pacientes en los que, al menos una vez al mes, existe un aumento de las cifras tensionales, fundamentalmente asociado a conflictos interpersonales y otros problemas.

Tabla 8. Distribución muestral según el grado de control de la enfermedad hipertensiva

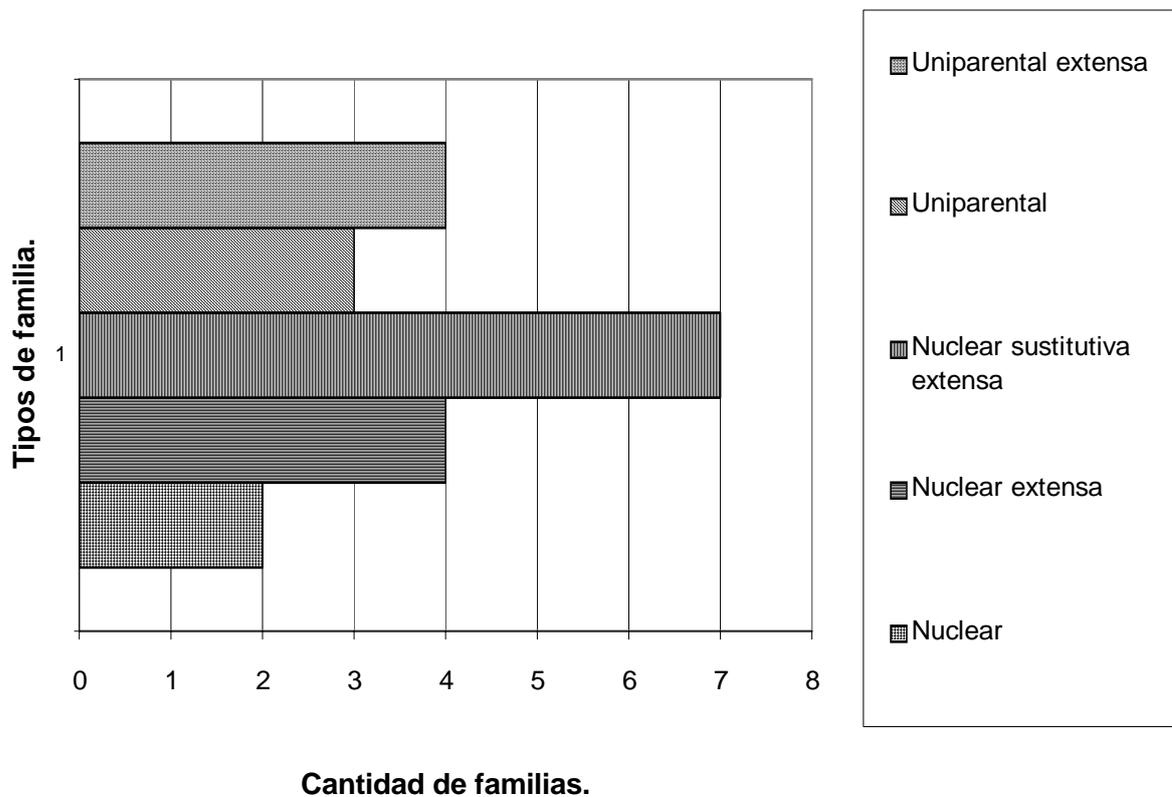
CONTROLADO	PARCIALMENTE CONTROLADO	NO CONTROLADO
13	7	0
65 %	35 %	0 %

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En cuanto a las características generales de las familias estudiadas, puede plantearse que de los 20 casos, 16 presentan buenas condiciones materiales en la vivienda, mientras que en las cuatro restantes son muy malas, incluyendo hacinamiento. En relación con el nivel de solvencia económica, alrededor de 16 casos tienen cubiertas (en lo fundamental) al menos tres de las necesidades siguientes: alimentación, vestimenta, juego y recreación; mientras que, en las otras cuatro familias, existen dificultades con la satisfacción de dos o más necesidades.

Teniendo en cuenta los miembros que la conforman, de las 20 familias estudiadas, dos son nucleares, cuatro nucleares extensas, siete nucleares sustitutivas extensas, tres uniparentales (donde en una, el miembro de la familia que vive con el adolescente es una tía y en otra, existe la muerte del padre) y cuatro uniparentales extensas (Gráfico # 1).

Gráfico # 1. Tipos de familia



En cuanto a la **jerarquía de roles**, en 14 familias existe el predominio de autoridad de uno de los padres sobre el otro, existiendo dificultades al ejercer dicha autoridad, así como gran cantidad de conflictos en la educación del adolescente con respecto a la implantación de normas y valores, incluso en aquellas familias nucleares: “aquí se hace lo que yo digo, no ves que quien tiene que lidiar con los niños siempre soy yo, el padre llega a las tantas de la noche y ni sabe lo que pasa en el día” (Entrevista # 1 a los padres). Por supuesto, en las familias donde existe el divorcio, la situación se torna generalmente más tensa, ya que los padres toman decisiones con respecto a la educación de los hijos, muchas veces sin poder o querer contar con el otro padre: “la crianza de mi hijo es mía, con el padre no puedo contar para nada” ; “yo cojo unos subíos cada vez que el niño va a casa del padre y viene con sus leyes y sus ideas de ir aquí y allá, porque dice que el papá le dijo que sí, sin

contar con una como si yo estuviera pintada en la pared” (Entrevista # 1 a los padres).

La **comunicación** se comporta con resultados similares; es decir, existen dificultades en la comunicación dentro del sistema familiar en la mayoría de los casos, por diversas causas. En primer lugar, atendiendo al gran número de divorcios dentro del grupo estudiado (13 divorcios) y a la cantidad de adolescentes varones (13 también), se presenta muchas veces la necesidad de una mayor comunicación con la figura paterna masculina, la que, por lo general, no convive con el adolescente: “quisiera tener más confianza con mi padre y contarle los problemas”; “me gustaría conversar más con mi papá, de cosas de hombre” (Entrevista # 1 al adolescente). Por otro lado, en más del 90 % de las familias existe muy poco tiempo libre, debido al ritmo y estilo de vida que predomina. Así, aún cuando la comunicación no presenta grandes dificultades en determinadas familias, el tiempo que se dedica a conversar y compartir con el adolescente es ínfimo, lo cual es vivenciado como una carencia importante, no sólo por el propio adolescente, sino por toda la familia en general: “en mi casa hay muy poco tiempo libre, porque mi mamá trabaja y cuando llega hace la comida” (Entrevista # 1 al adolescente); “en realidad casi no tenemos tiempo ni para mirarnos, porque llegamos y cada uno en lo suyo, nos coge la noche y ya yo estoy muerto, me duermo y hasta el otro día” *Entrevista # 1 a los padres). Además, los temas que normalmente se conversan con el adolescente, son respecto a la escuela y los estudios, por lo que existen otros temas que al adolescente le preocupan o le interesan y los conversa muchas veces con otras personas que no son sus padres o, simplemente, no los habla con nadie: “mi mamá quiere que yo me gradúe y siga para adelante, hasta la universidad, de eso es de lo que más hablamos”; “mis padres me dicen que estudie, que trate de no desaprobarme, se pasan la vida en eso”; “me gustaría que me habláramos de otras cosas, pero es que me da pena, pienso que se van a reír de mí” (Entrevista # 1 al adolescente). Sobre esta base, los adolescentes se sienten en ocasiones incomprendidos, porque piensan que sus padres esperan demasiado de ellos y que les hablan solamente de cómo tienen que comportarse, cómo deben ser en las escuelas, qué amigos deben tener, sin dedicar tiempo a escucharlos realmente: “no puedo discutir mis asuntos personales con mis padres” (IPJ)

Otro elemento importante a destacar es que la expresión de afecto se comporta de mejor manera que la comunicación de ideas, predominando en 14 casos una afectividad positiva, al menos de uno de los miembros de la familia con el adolescente: “mis abuelos sí que me quieren, con ellos sí que me siento bien”; “en mi casa nos damos besos a toda hora, eso es normal, mi mamá siempre me está diciendo que me quiere mucho”; “mi tía es lo único que yo tengo, ella es la única que me quiere de verdad y me comprende” *Entrevista # 1 al adolescente). Pero, en los restantes casos, los adolescentes se sienten muchas veces rechazados, ya que no existen muestras de afecto hacia ellos, recibiendo solamente críticas y malos tratos: “mi mamá lo único que hace es pelearme”; “mi abuelo se pasa la vida criticándome, al único que quiere es a mi hermanito” (Entrevista # 1 al adolescente).

De esta forma, se puede concluir con respecto a la comunicación, que en más de un 70 % de los casos, ésta se comporta de manera medianamente adecuada, ya sea por dificultades en la transmisión de afecto y/o por ser una comunicación poco clara y asertiva.

En relación a los **roles**, se evidenció en 17 de los 20 casos (85 %), una proyección de roles estereotipada de manera rígida, existiendo una sobrecarga de las tareas domésticas realizadas por la mujer, lo cual influye notablemente en el tiempo que la mamá y, en general, todos los miembros pueden dedicar a interactuar entre sí: “mi mamá llega del trabajo y hace las cosas de la casa, mientras mi hermana juega y yo le hecho comida a los animales”; “hay poco tiempo libre porque mi mamá trabaja y cuando llega se pone a hacer la comida”; “mi mamá, cuando termina de hacer todo lo de la casa, se acuesta a dormir, a veces ve la novela” (Entrevista # 1 al adolescente).

Los aspectos abordados hasta este momento, se relacionan en buena medida con los **estilos educativos** predominantes en la familia, siendo una de las causas fundamentales por las cuales el adolescente se pueda sentir bien o mal dentro de la misma.

El estilo sobreprotector se evidenció en 10 de los 20 casos estudiados, fundamentalmente en aquellas familias donde se convive con uno o más abuelos: “si fuera por mí, yo lo dejaba hacer de todo, pero los abuelos siempre tiene una bobería, que si no puede salir aquí, que si no le deje hacer lo otro, y yo por tal de no discutir y estar tranquila”; “yo no le dejo hacer muchas cosas,

es que me da miedo que le pase algo” (Entrevista # 1 a los padres); “mis abuelos no me dejan ir a ningún lado”; “siempre me tratan como a un niño chiquito” (Entrevista # 1 al adolescente); “quisiera que mis padres no me trataran como a un niño chiquito” (IPJ)

La inconsistencia es otro de los estilos que mayormente se encontró en las familias estudiadas, estando presente en más del 50 % de los casos (en 12 pacientes), siendo más aguda en aquellas familias donde conviven los dos padres y, además, personas de la tercera generación: “mi esposo siempre me está diciendo que le ponga mano dura al niño, siempre discutimos por eso porque dice que yo soy muy floja con él y por eso está como está”; “si yo lo castigo o lo regaño, allá va la abuela a defenderlo” (Entrevista # 1 a los padres).

Solamente se evidenció un caso de relación autoritaria, fundamentalmente del padre con el adolescente: “mi padre es muy dominante o muy autoritario” (IPJ). No obstante, los adolescentes muchas veces perciben que sus padres les exigen mucho: “mis padres no me dejan tomar mis propias decisiones” (IPJ); “mis padres siempre me exigen muchas cosas, que estudie, que me porte bien” (Entrevista # 1 al adolescente). Lo anterior se debe, tal y como se comprobó en las diferentes entrevistas, no a estilos rígidos de educación, sino más bien a las contradicciones propias de la etapa, debidas a las necesidades cada vez más crecientes de independencia que presenta el adolescente y sus posibilidades reales de satisfacerlas, permeadas por su inmadurez psicológica.

La relación conflictiva se puso de manifiesto en 6 de las familias abordadas, principalmente entre los padres o entre alguno de estos y los abuelos. En tres de estas familias no se generan vivencias negativas en los adolescentes, ya que no constituyen conflictos de gran envergadura. No obstante, en los otros tres casos, se evidenciaron conflictos madre-adolescente, coincidiendo en uno de ellos conflictos abuelo-adolescente. Los conflictos consisten en discusiones frecuentes, golpes y otro tipo de maltratos, los cuales generan frecuentemente malestar, preocupación, tristeza y otras vivencias negativas en los adolescentes: “mi mayor problema: mi salud y estar cerca de mis padres” (Rotter); “mis padres: no se ocupan de mí” (Rotter)

De esta manera, se concluye que el funcionamiento familiar se comporta de la siguiente manera:

Tabla 9. Funcionamiento familiar

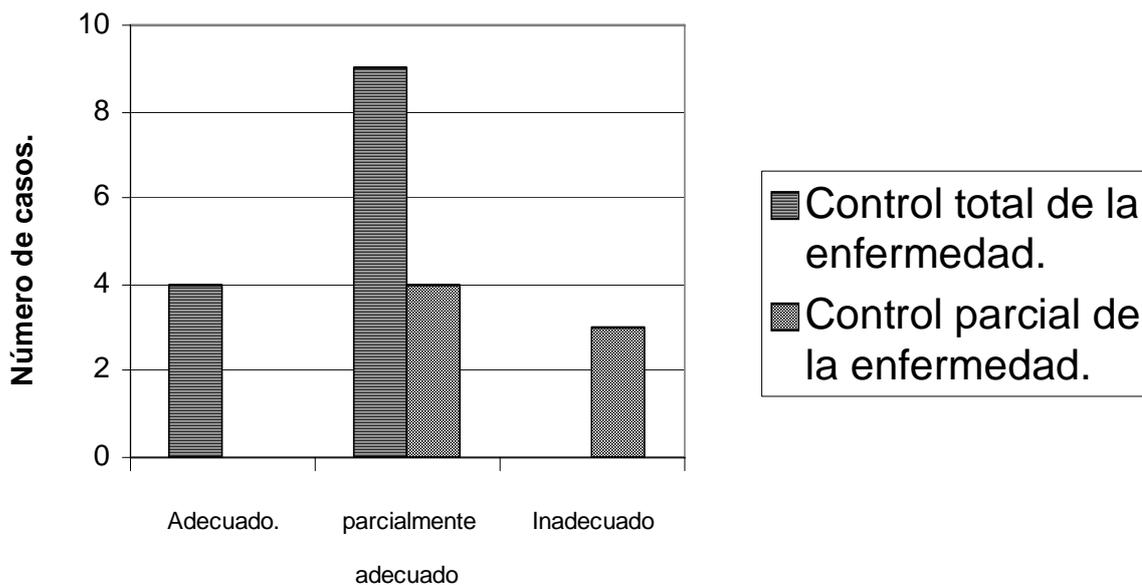
ADECUADO	PARCIALMENTE ADECUADO	INADECUADO
4	13	3
20 %	65 %	15 %

Se debe destacar que las tres familias donde el funcionamiento es totalmente inadecuado, coinciden, además, con aquellas donde existen conflictos directamente con el adolescente, en cuyo caso presenta un control parcial de su enfermedad.

Como un hallazgo importante, podemos plantear que, estadísticamente, el rango medio de los valores para el funcionamiento familiar inadecuado en el grupo de adolescentes parcialmente controlados, es mayor que en el grupo de adolescentes cuyo control de la enfermedad es total. Se evidencian diferencias significativas entre los valores en ambos grupo, con respecto al funcionamiento familiar, lo cual señala la posible relación entre los indicadores del funcionamiento familiar y el comportamiento de los percentiles de la presión arterial.

En el gráfico que aparece a continuación, se reflejan las características del funcionamiento familiar en los diferentes casos, en relación con el control de la enfermedad presentado por los pacientes. De la misma forma se hará en el análisis de cada una de las categorías.

Gráfico # 2. Funcionamiento Familiar



Funcionamiento familiar.

FUNCIONAMIENTO ESCOLAR

Los adolescentes que componen la muestra estudiada, cursan por la enseñanza media de nuestro sistema de educación.

En relación con las **interacciones** que establecen estos adolescentes **con** sus **coetáneos** en el contexto escolar, se encontró que aproximadamente el 50 % de los casos no presenta dificultades en este sentido, siendo aceptados por los compañeros de aula: “no tengo problemas en el aula con ninguno de mis compañeros, me llevo bien con todos” (Entrevista # 2 al adolescente); “es un estudiante líder en el aula, todos lo escuchan y cuentan con él” (Informe escolar). En la otra mitad de los casos estudiados, sí existen dificultades en las relaciones con los coetáneos, en unos menos graves que en otros: “odio a los que me caen mal, como algunos de mi aula” (Entrevista # 2 al adolescente); “mis compañeros de aula son malos conmigo” (Rotter) Las causas se deben fundamentalmente a características de personalidad en formación, tales como ser callado, tímido y explosivo: “es un estudiante muy callado, casi no se relaciona en el aula, se mantiene aislado casi todo el tiempo” (Informe escolar); “no me gusta relacionarme mucho con la gente en la escuela, todos son unos pesados y se burlan de mí” (Entrevista # 2 al adolescente); “yo creo que él no

se relaciona mucho con los de su aula, es que él es muy maduro y los demás son unos sangrones” (Entrevista # 2 a los padres). Por otro lado, también las características físicas han influido en las dificultades mencionadas, ya sea por ser un adolescente sobrepeso o por tener algún defecto físico: “se burlan de mí porque soy gordo”; “se burlan de mí por mi estrabismo” (Entrevista # 2 al adolescente).

Estos últimos datos se encuentran en correspondencia con los criterios de diversos autores en la literatura psicológica, los cuales enfatizan la importancia de las características físicas en la valoración que el adolescente realiza de los demás y de sí mismo, constituyendo muchas veces un factor determinante en las relaciones que éste establece con sus iguales.

Las **relaciones con los maestros** son generalmente adecuadas, excepto en tres casos donde se manifiesta cierto rechazo entre adolescente y maestro: “mis profesores tiene alumnos preferidos” (IPJ); “no le agrado a mis profesores” (IPJ). Las causas de las dificultades en este sentido, se vinculan con un bajo rendimiento académico por parte del adolescente y/o con su complejo de inferioridad.

En cuanto a la **actividad de estudio**, solo cuatro adolescentes se encuentra motivados hacia la misma, encontrándose desmotivación en el resto, en unos casos más marcada que en otros: “odio la escuela”; “no me gusta estudiar”; “mis padres me obligan a estudiar porque saben que si no es así, yo no cojo los libros para nadie” (Entrevista # 2 al adolescente); “tú le puedes hablar de todo, menos de la escuela” (Entrevista # 2 a los padres); “es un estudiante desmotivado por los estudios, muy desinteresado” (Informe escolar). Por lo tanto, la mayoría percibe los estudios como una obligación, sin presentar intereses vocacionales específicos, a no ser los que les aconsejan los padres, siendo regular el desempeño académico. Es necesario destacar que cuatro adolescentes expresaron su gran preocupación por las pruebas, sobre la base de haber desaprobado algunas, generándole esto vivencias negativas: “quisiera dejar los estudios” (IPJ); “necesito que me ayuden en mis estudios actuales” (IPJ).

La **participación en las actividades extracurriculares** es adecuada en la mayor parte de los adolescentes (80 %), siendo en ocasiones una participación activa y entusiasta: “participa en los matutinos, nunca ha faltado a las

actividades patriótico-culturales que organiza la escuela” (Informe escolar); “no es un estudiante muy entusiasta, pero sí se preocupa por no faltar a ninguna actividad” (Informe escolar). Mientras que en los adolescentes restantes (cuatro casos), la participación es principalmente guiada por motivaciones externas o, simplemente, no se participa en la mayoría de las actividades de este tipo: “yo no voy a casi ninguna actividad, sólo a las más importantes, porque sé que si no me lo sacan en la integralidad, pero es que eso no me gusta”; “voy a esas actividades porque si no, quién oye a mis padres” (Entrevista # 2 al adolescente); “es un estudiante que viene poco a las actividades” (Informe escolar).

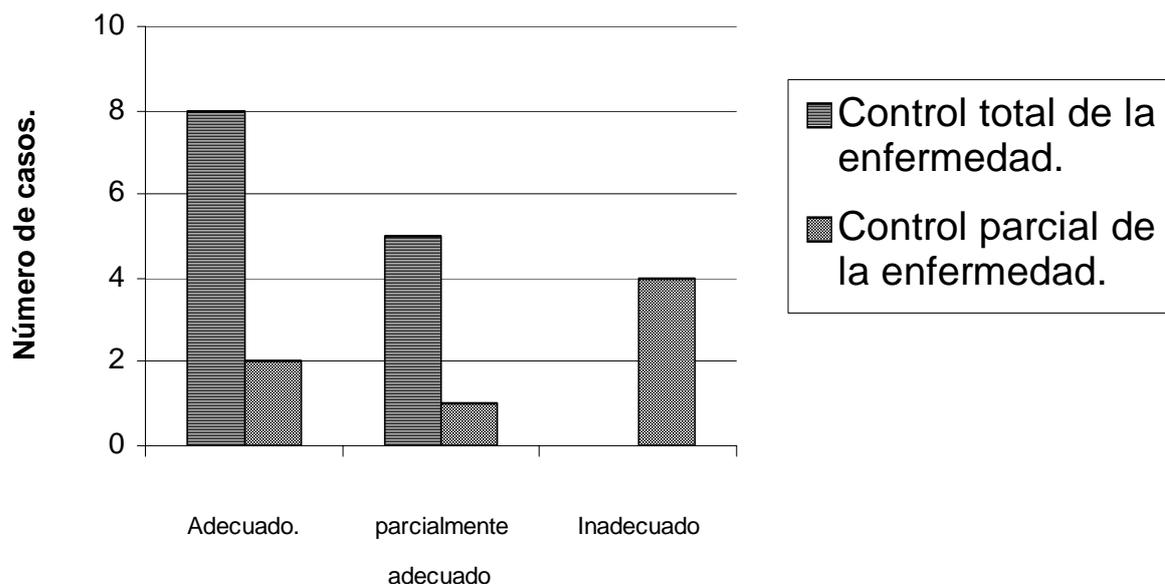
De esta manera, se concluye que el funcionamiento escolar se comporta de la siguiente manera:

Tabla 10. Funcionamiento escolar

ADECUADO	PARCIALMENTE ADECUADO	INADECUADO
10	6	4
50 %	30 %	20 %

Los cuatro adolescentes donde existe un funcionamiento escolar inadecuado, son adolescentes con un control parcial de la enfermedad, por lo que queremos destacar que, estadísticamente, el rango medio de los valores para el funcionamiento escolar inadecuado en el grupo de adolescentes controlados parcialmente, es mayor que en el grupo de adolescentes cuyo control de la enfermedad es total. También se evidencian diferencias significativas entre los valores en ambos grupo, con respecto al funcionamiento escolar, lo cual indica la posible relación entre las dificultades escolares y el comportamiento de los percentiles de la tensión arterial.

Gráfico # 3. Funcionamiento escolar



Funcionamiento escolar.

APOYO SOCIAL

En el 100 % de los adolescentes estudiados, existe al menos una persona significativa para los mismos, ya sea por la relación emocional que tienen con ésta y/o por la ayuda instrumental que les brinda. También en los 20 casos estudiados, el adolescente tiene contacto frecuente con esta persona, al menos una vez por semana. Las dificultades mayores en cuanto a la **estructura** del apoyo social con que cuentan estos adolescentes, radican en la poca cantidad (en ocasiones una sola persona) de este apoyo social, lo cual genera mucha inseguridad en ellos: “yo sé que con la única que puedo contar es con mi tía, si ella me faltara, no sé qué sería de mí”; “mis padres son lo máximo que tengo en la vida, sin ellos no soy nada” (Entrevista # 4 al adolescente). No obstante, son personas que cubren la mayoría de las necesidades del adolescente: “cuando tengo un problema, sólo pienso que tengo a mi tía y eso me ayuda”, “yo casi nunca tengo miedo de los problemas porque tengo a mi mamá” (Entrevista # 4 al adolescente); “él se desvive por el padre, siempre le está pidiendo consejo, figúrate, yo sí que no tengo tiempo de nada” (Entrevista # 2 a los padres).

Por otra parte, el apoyo social que reciben estos adolescentes generalmente es variado, según su **contenido**: emocional, informativo, instrumental y valorativo. Pero, en más del 60% de los casos, no existe una integración armónica de dichos tipos, prevaleciendo uno en detrimento del otro: “mi mamá lo hace todo por mí, pero es que es ella sola conmigo, mi papá no da ni un kilo y a veces no tenemos ni qué comer”; “mi abuela me quiere mucho, pero es una vieja, qué consejo me podrá dar, todo lo que habla es bobería” (Entrevista # 4 al adolescente).

En cuanto a la función que cumple el apoyo social, la misma depende no sólo de las otras personas, sino también del propio adolescente. Es decir, se analizó cómo el apoyo social percibido por éste último cumple medianamente las funciones relacionadas con su bienestar (como ocurre en 11 de los casos estudiados), debido a que son muy pocas las personas con que cuenta en su red social, para satisfacer necesidades en este sentido, y/o porque dichas personas no pueden ofrecer los diversos tipos de apoyo social que necesita. Pero, también se debe, en ocasiones, a la actitud del propio adolescente, sobre la base de sus características de personalidad, tales como: introvertido, poco sociable, inhibido, pasivo. Por lo tanto, puede tener las personas a su alrededor que le pueden ayudar, pero no las busca, no pide ayuda: “acudo a alguien en busca de ayuda cuando tengo un problema, pero solo en muy raras ocasiones”; “mis problemas no se los cuento a nadie, esos los resuelvo yo solo y si no, se quedan sin resolver” (Entrevista # 4 al adolescente).

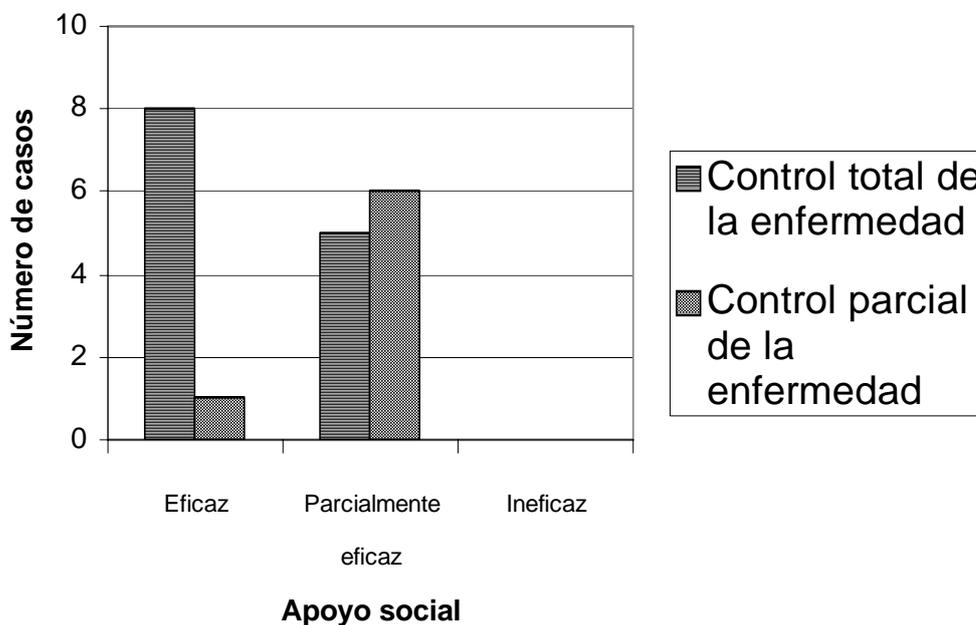
Con lo expuesto hasta aquí, se encontró que el apoyo social se comportó en los adolescentes estudiados, de la forma que se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 11. Apoyo social

EFICAZ	PARCIALMENTE EFICAZ	INEFICAZ
9	11	0
45 %	55 %	0 %

Al respecto, no se encontraron diferencias significativas entre los valores del apoyo social en los adolescentes con total control de la enfermedad, con respecto a los que solamente presentan un control parcial de la misma, pero por un valor extremadamente ínfimo. Es decir, las medias de los valores que indican dificultades en el apoyo social, fue mayor en los segundos, que en los primeros. Solo en uno de los pacientes parcialmente controlados se encontró un apoyo social eficaz.

Gráfico # 4. Apoyo social



ACONTECIMIENTOS POTENCIALMENTE PSICOPATÓGENOS

El grupo de adolescentes estudiados se caracteriza por presentar, en su mayoría, acontecimientos potencialmente psicopatógenos, tal y como se muestra en la tabla # 12.

Tabla 12. Acontecimientos potencialmente psicopatógenos, según su presencia o ausencia

PRESENCIA DE ACONTECIMIENTOS POTENCIALMENTE	AUSENCIA DE ACONTECIMIENTOS POTENCIALMENTE
---	--

PSICOPATÓGENOS	PSICOPATÓGENOS
15	5
75 %	25 %

Entre los acontecimientos potencialmente psicopatógenos existentes en dichos adolescentes, los más frecuentes fueron: el divorcio (entre los padres, entre la madre y el padrastro, o entre los tíos responsables de la educación de los adolescentes).

Tabla 13. Acontecimientos psicopatógenos más frecuentes en los adolescentes hipertensos

DIVORCIO	MUERTE DE ALGÚN FAMILIAR CERCANO	INTERVENCIONES MEDICAS PROVOCADORAS DE ANSIEDAD O DOLOR
14	5	3
70 %	25%	15 %

Es necesario destacar que el diagnóstico de la enfermedad hipertensiva se realizó a raíz de la ocurrencia de un evento potencialmente psicopatógeno en ocho casos (40 %): “cuando su tío y yo nos divorciamos, ella empezó a sentirse muy mal y tuvieron que ingresarla, con la presión muy alta, así fue como se le diagnosticó”; “el padre murió hace más de un año, en aquel momento fue cuando se le disparó la presión y hubo que ingresarlo” (Entrevista # 2 a los padres); “cuando mis padres se divorciaron yo ni tenía ganas de nada, me sentí mucho dolor de cabeza, solté sangre por la nariz y me tuvieron que ingresar” (Entrevista # 2 al adolescente); “todas las afectaciones que tiene este alumno están ocasionadas por un divorcio mal manejado, toda su enfermedad comenzó a partir del divorcio” (Informe escolar).

Otro dato muy interesante es que, del resto de los adolescentes, seis (30 %) debutaron con la enfermedad a partir de situaciones o momentos difíciles que

tuvieron que enfrentar; es decir, a partir de situaciones que, aunque no clasifican como eventos potencialmente psicopatógenos, son percibidos por el adolescente como momentos de gran tensión muy negativos. Entre estos momentos podemos citar: recibir una mala noticia, discusión con un amigo, enfrentar un examen difícil: “recuerdo que se le diagnosticó la enfermedad porque ese día llegaba el padre de un viaje al exterior, en la casa estaba un amiguito de él que le dijo, jugando, que su papá había llamado que no podía venir y al momento ya estaba con un dolor de cabeza tremendo y fue cómo empezó” (Entrevista # 2 a los padres).

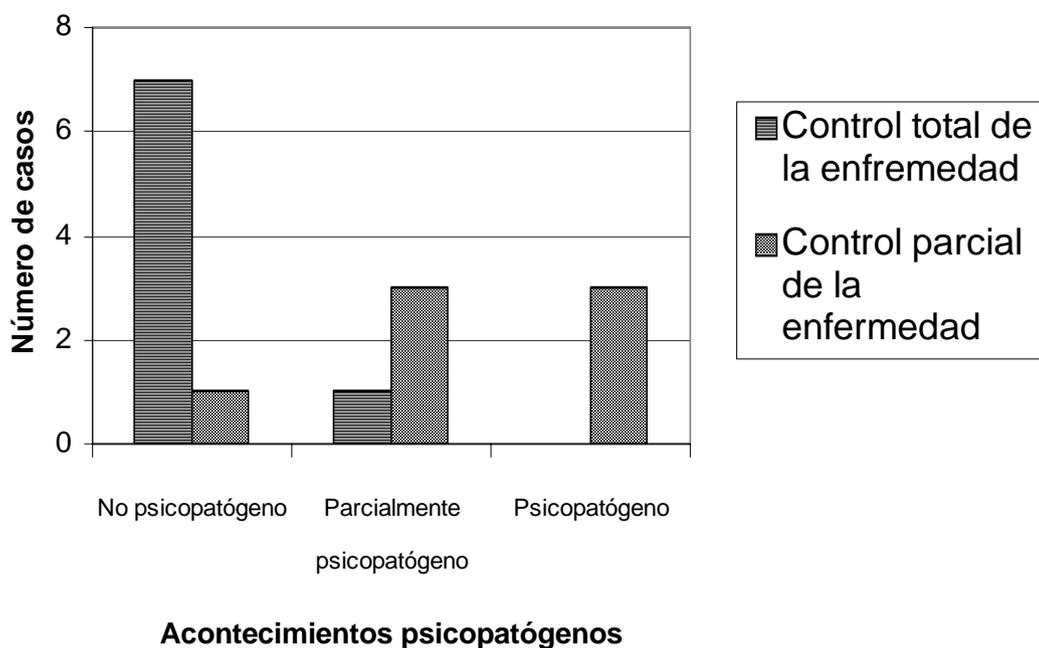
Independientemente de la asociación de los eventos potencialmente psicopatógenos con el debut de la enfermedad, los mismos presentan diferentes niveles de repercusión en los adolescentes. De esta forma, los eventos de este tipo ocasionaron la pérdida del equilibrio emocional, parcial o totalmente, en siete adolescentes. En tres pacientes, cuya pérdida del equilibrio emocional afecta varias áreas de funcionamiento, forman parte de los que el diagnóstico de la enfermedad se realiza a raíz del acontecimiento psicopatógeno, manteniéndose actualmente las consecuencias negativas del mismo.

Tabla 14. Acontecimientos bruscos e imprevisibles, según su grado de afectación

NO PSICOPATÓGENOS	PARCIALMENTE PSICOPATOGENOS	PSICOPATÓGENOS
8	4	3
40 %	20 %	15 %

A partir de los elementos referidos, se encontraron diferencias significativas en los pacientes con total control de la enfermedad, con respecto a los que el control de la misma es parcial, dadas fundamentalmente por la existencia en estos últimos de acontecimientos grandemente psicopatógenos, los cuales son vividos con gran intensidad por el adolescente, conllevando a su desestabilización.

Gráfico # 5. Acontecimientos potencialmente psicopatógenos



AUTOCONTROL EMOCIONAL

Con respecto a la **autoconciencia emocional**, se puede afirmar que, en los adolescentes estudiados, existen mayormente niveles parcialmente adecuados de reconocimiento de las emociones propias y ajenas e identificación de las causas que las generan, así como de las vivencias asociadas. Es decir, en un 70 % de los casos, la autoconciencia emocional se presenta con un desarrollo parcialmente adecuado.

Tabla 15. Autoconciencia Emocional

ADECUADA	PARCIALMENTE ADECUADA	INADECUADA
3	14	3
15 %	70 %	15 %

Lo anterior se encuentra en estrecha relación con las características de la etapa adolescente en cuanto al desarrollo emocional. En esta etapa, la persona logra reconocer la mayoría de las emociones, incluso las contradictorias, así como reconocer las emociones en los demás. Los principales problemas se presentan en la comprensión emocional, para determinar las causas que generan las emociones (fundamentalmente las propias) y el sentido que las mismas tienen: “yo me siento mal a veces, pero no sabría decirte por qué, ayer mismo me levanté con un gorrión, yo no sé si fue porque me acosté muy tarde”; “no sé, a veces me da genio todo, no quiero ni que me hablen...no, no es por nada que me haya hecho alguien, no sé, yo soy así”; “me siento muy feliz y a veces mal, no sabría decirte por qué” (Entrevista # 3 al adolescente). Por supuesto, sí existen algunos adolescentes que, debido a particularidades específicas de su situación social de desarrollo, muestran mayor madurez en este sentido, comprendiendo las causas de sus emociones y las de otras personas: “él siempre se da cuenta cuando yo me siento mal, a veces sabe que discutí con el padre y me da besos, me dice que me quiere, que no me sienta mal por eso” (Entrevista # 3 a los padres); “cuando yo me siento mal, me gusta pensar un poco, a veces es por algo que me pasó en la escuela, mira, ayer mismo discutí con papi y eso yo sé que me pone fatal” (Entrevista # 3 al adolescente).

Sin embargo, tres de los adolescentes estudiados presentan niveles inadecuados en relación con el conocimiento de sus propias emociones, generalmente asociado a familias con grandes niveles de sobreprotección, que han propiciado la inmadurez psicológica en su hijo. Estos adolescentes ofrecen respuestas muy imprecisas cuando se refieren a sus propias emociones, teniendo que recibir varios niveles de ayuda en este sentido.

En relación a la **expresión emocional**, aproximadamente la mitad de los adolescentes presentan algunas dificultades, unos más graves que otros, fundamentalmente relacionadas con características de la personalidad en formación, tales como la explosividad o la introversión. Mientras las situaciones no implican gran conflictividad, no se generan graves problemas en este sentido. Pero, cuando existen situaciones muy problemáticas, algunos reprimen demasiado sus emociones, mientras que otros no son capaces de controlarlas: “cuando él tiene un problema se vuela, tienes que dejarlo porque grita, da en la

pared y yo le cojo hasta miedo”; “el otro día, porque su hermana se acostó en su cama y le cambió la colcha de lugar, casi come hierba, daba piñazos en la cama, parecía un loco”; “él parece una tumba cuando le pasa algo, yo enseguida me doy cuenta porque se pone que ni habla y no le preguntes nada porque no te dice nada” (Entrevista # 3 a los padres); “se altera ante algunos señalamientos y después se deprime” (Informe escolar).

Es importante destacar que, ante situaciones como las descritas anteriormente, los adolescentes se quejan mayormente de dolores de cabeza y mareos, comportándose la presión muy alta, en el caso de los que se la toman: “él tenía una prueba, yo sé que estaba preocupado, pero como no me dice nada, al otro día me enteré por los amiguitos que le estuvo doliendo la cabeza cantidad, debió tener la presión altísima”; “la semana pasada tuvo una discusión fuerte con el hermano, yo le tomo la presión yo misma y cuando lo hice, la tenía altísima” (Entrevista # 3 a los padres).

Por lo tanto, los estilos expresivos desde el punto de vista emocional que predominan en aproximadamente 12 de los adolescentes estudiados son: semi-expresivos o represivos.

Tabla 16. Expresión Emocional

ESTILO EXPRESIVO	ESTILO SEMI-EXPRESIVO	ESTILO REPRESIVO
8	8	4
40 %	40 %	20 %

Muy relacionado con los dos aspectos anteriormente referidos, se encuentra el **bienestar emocional**. A pesar de las dificultades señaladas anteriormente, 11 de los adolescentes estudiados presentan niveles altos de bienestar emocional (Tabla # 17), ya que dichas dificultades se relacionan en buena medida con situaciones conflictivas o problemáticas. Por lo tanto, en aquellos adolescentes donde estas situaciones no son tan frecuentes (pues los contextos que le rodean son favorables), su nivel de bienestar no se afecta prácticamente, al no tener que enfrentarlas: “casi siempre está bien, alegre, un día que le pasa algo

específico, pero normalmente se siente bien”; “a no ser esos momentos en que se explota, como yo le digo, es un niño tranquilo, no se mete con nadie, siempre está riéndose” (Entrevista # 3 a los padres).

No obstante, en cinco adolescentes sí existe un nivel medio de bienestar emocional, ya sea por constantes situaciones difíciles que deben enfrentar y/o por las características personales que no le permiten enfrentar las mismas de forma adecuada, en estrecha relación unas con las otras: “ella está bien muchas veces, pero el viernes mismo, porque le llamaron la atención delante de todo el grupo, en la asamblea de integralidad, llegó llorando y se pasó como dos días medio tristoná, después se le pasó”; “generalmente se siente bien, pero cuando le pasa la más mínima cosa, se desmorona, por suerte eso no sucede casi nunca” (Entrevista # 3 a los padres).

En los otros cuatro adolescentes que tienen un nivel bajo de bienestar emocional, coinciden generalmente la presencia de frecuentes situaciones difíciles (sino frecuentes, sí con altos niveles de significación negativa para el adolescente) con las dificultades en el autocontrol emocional y los recursos personales para enfrentarlas adecuadamente: “es que desde que nació está sufriendo, ahora lleva dos años que es una cosa mala atrás de la otra, ella es fuerte, pero cualquiera se enferma así” (Entrevista # 3 a los padres); “a la hora de acostarme me siento muy triste porque no quiero que sea otro día” (Rotter); “este alumno un día está bien, tranquilo, pero otro día está alterado, es muy inestable” (Informe escolar).

Tabla 17. Bienestar Emocional

ALTO	MEDIO	BAJO
11	5	4
55 %	25 %	20 %

A partir de las características relacionadas con el autocontrol emocional expresadas, los resultados con respecto al mismo se resumen en la siguiente tabla:

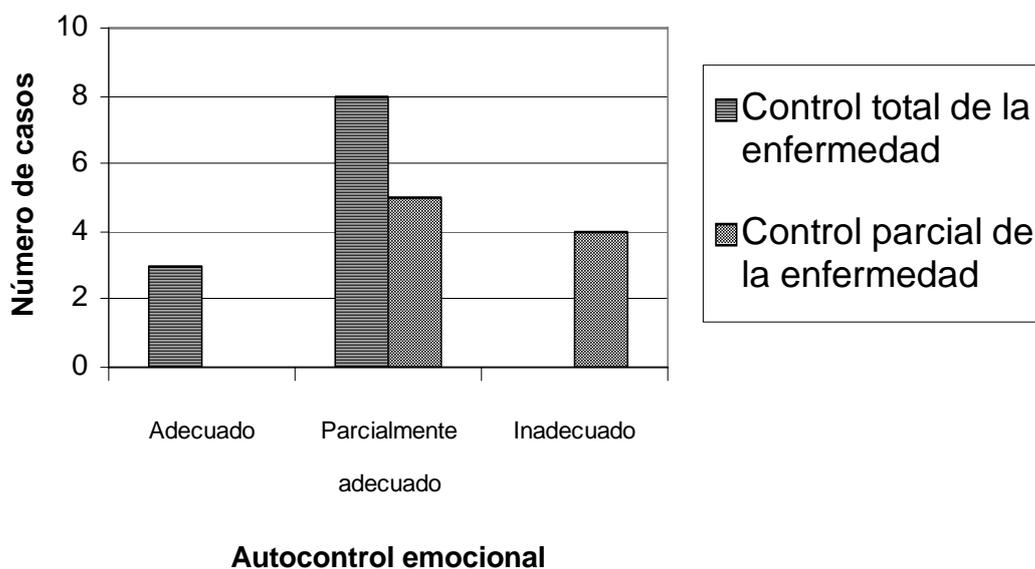
Tabla 18. Autocontrol emocional

ADECUADO	PARCIALMENTE ADECUADO	INADECUADO
3	13	4
15 %	55 %	20 %

Con respecto al autocontrol emocional, es importante resaltar que también se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes con hipertensión controlada, en relación con aquellos cuyo control es parcial. Es decir, los rangos medios de los valores que indican dificultades, fueron mayores en estos últimos, principalmente en lo que respecta al bienestar emocional, presentando los niveles más altos de vivencias emocionales negativas, llegando, incluso, a tener un carácter patológico en dos de los casos.

Lo anterior evidencia la relación existente entre el autocontrol emocional y el control de las cifras tensionales en estos adolescentes.

Gráfico # 6. Autocontrol emocional



COMPETENCIA SOCIAL

La competencia social se relaciona directamente con el éxito que tiene el adolescente en sus **relaciones interpersonales**. Anteriormente, al analizar el

contexto escolar, se planteó que el 50 % de los adolescentes estudiados no presenta dificultades en las relaciones con sus compañeros de aula, lo cual coincide plenamente con la ausencia de dificultades en las relaciones con los coetáneos de forma general, es decir, en todos los contextos de desarrollo. Estos son adolescentes que presentan habilidades de comunicación e interacción, las cuales les permiten relacionarse adecuadamente, no sólo con los coetáneos, sino también con los familiares y otros adultos: “es muy sociable, todos juegan con él, siempre lo están buscando para jugar, ir aquí, allá”; “no es muy conversador, pero tiene su amiguito con el que siempre sale y se relaciona bien con todos”; “es muy cariñoso, siempre te está halagando, el padre tiene delirio con él, se pasan el tiempo retozando y conversando” (Entrevista # 3 a los padres).

El otro 50 % de los adolescentes, presenta las dificultades señaladas con anterioridad, en las relaciones con los iguales en el contexto escolar, analizadas ahora en la comunidad y en el área familiar, con los padres u otros familiares: “aquí él no sale casi nunca, se lleva bien con las personas adultas, pero con los de su edad prácticamente no se reúne”; “él y el abuelo no se pueden ni oler, no hay día que no discutan, es que son iguales, si se caen comen hierba”; “no es un niño que te diga cosas bonitas, el hermano sí es más pegajoso, por eso se ha ganado más al padre” (Entrevista # 3 a los padres); “pocas veces tengo invitaciones para salir con mis amigos” (IPJ); “lamento no gustarle a las personas” (Rotter)

En correspondencia con lo anterior, aproximadamente la mitad de los adolescentes manifiesta la necesidad de tener más **amigos**, fundamentalmente de su misma edad: “yo necesito más amigos” (IPJ); “yo desearía tener, por lo menos, un buen amigo”; “me duele cuando mis amigos me pasan por el lado y no me saludan” (Entrevista # 3 al adolescente).

Con respecto a la **expresión** de ideas y afecto, 12 de los 20 adolescentes presentan dificultades en este sentido, dadas por la inseguridad, la timidez, la introversión, la impulsividad, entre otras características personalógicas: “es un estudiante que no participa en clases, aunque realiza bien las actividades por escrito” (Informe escolar); “es muy penosa, no hay quien la haga hablar cuando no conoce a la gente”; “nunca te dice una frase, ni en bien ni en mal, es como seca, igual que el padre, tú no sabes si te quiere o no te quiere” (Entrevista # 3

a los padres). Dichas dificultades coinciden, generalmente, con las dificultades en las relaciones interpersonales, excepto en aquellos casos donde no son tan marcadas: “no participa espontáneamente en clases, pero cuando se le manda, contesta bien a las actividades” (Informe escolar); “ella no es muy expresiva, pero es tan noble, tan buena, que todos la quieren” (Entrevista # 3 a los padres).

Por otra parte, no se evidenciaron dificultades en cuanto al **respeto por las normas morales**, en ninguno de los adolescentes estudiados, ya que conocen las principales normas morales, teniendo un comportamiento acorde a las mismas: “es muy respetuosa, muy disciplinada” (Informe escolar); “siempre ha sido muy responsable, muy solidaria”; “desde chiquitico, cuando hacía algo mal hecho sin darse cuenta, lloraba con vergüenza, siempre ha sido muy educadito, muy respetuoso, nunca nos han dado quejas de él” (Entrevista # 3 a los padres).

En relación con la **realización de actividades conjuntas**, se evidencian habilidades para organizar y colaborar en las diferentes actividades sociales en nueve de los adolescentes estudiados: “es el presidente del aula, siempre ayuda en la organización de las actividades”; “es un estudiante que forma parte del colectivo de la escuela, siempre ha ocupado cargos, es líder y muy entusiasta en la organización de las actividades” (Informe escolar). Mientras, en los 11 restantes, existen dificultades en este sentido, en unos mayores que en otros: “es un estudiante que cumple todas las tareas, pero sin ninguna iniciativa, siempre debo ponerlo con otros estudiantes más activos”; “se limita a cumplir orientaciones, es muy dependiente, no cuenta con recursos para programar actividades” (Informe escolar); “él no es de los más entusiastas, pero coopera con sus compañeros en lo que haga falta, eso me lo han dicho sus amiguitos” (Entrevista # 3 a los padres)

De esta forma, se encuentran dificultades en las habilidades relacionadas con la competencia social, en 12 de los adolescentes investigados, pero las mismas limitan en gran medida su funcionamiento desde el punto de vista emocional y social sólo en dos de ellos, los cuales coinciden, a su vez, con adolescentes que presentan un control parcial de la enfermedad. Una vez más, se encontraron valores medios (indicadores de dificultad) más altos en éstos,

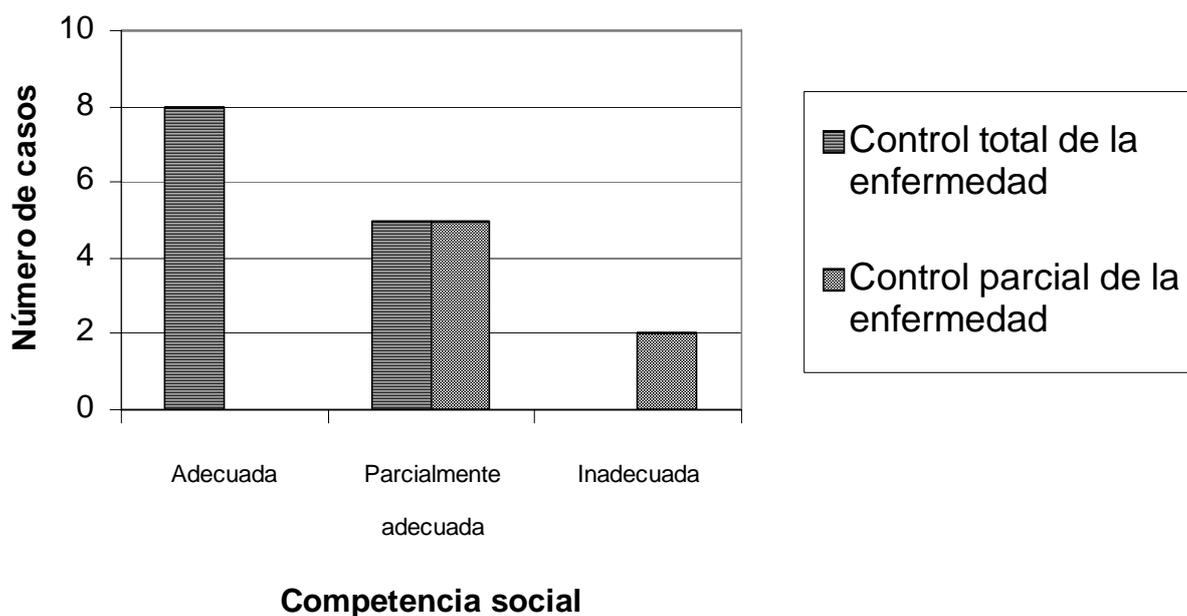
existiendo diferencias significativas en cuanto a la competencia social, con respecto a los que tienen un control total de la enfermedad.

Tabla19. Competencia Social

ADECUADA	PARCIALMENTE ADECUADA	INADECUADA
8	10	2
40 %	50 %	10 %

Por lo tanto, las dificultades vinculadas fundamentalmente con las relaciones interpersonales, pueden generar estados emocionales que inciden negativamente en el control de las cifras tensionales del adolescente.

Gráfico # 7. Competencia social



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento más predominantes en los adolescentes estudiados fueron las siguientes:

-focalizarse en las emociones y desahogarse, es decir, centrarse en su propio malestar emocional y desahogar sus sentimientos: “ante los problemas que tengo en mis estudios me siento muy mal, me gustaría sentirme mejor, pienso que esos problemas son muy malos para mí y me gustaría no pensar tanto así para no sentirme tan mal, me gustaría combatir eso” (Autorregistro); “mi abuela se sentía muy mal, yo me sentí muy mal, sólo pensaba en lo malo, me hubiera gustado sentirme mejor para poder ayudar a mi abuela, pero solo pude comerme las uñas para tranquilizarme, no logré sentirme bien” (Autorregistro).

-distanciamiento mental, es decir, distanciarse del estresor o fuente del problema mediante la ensoñación: “un problema es que no puedo hacer ejercicios físicos, me siento mal por eso, me pongo a pensar qué distinto sería todo si pudiera hacer ejercicios, me gustaría ser una persona saludable y me quedo pensando en eso”; “cuando a mi perrita la mataron, yo no quería

sentirme tan triste y me ponía a pensar que ella estaba viva, que estaba conmigo, que jugábamos” (Autorregistro)

-búsqueda de apoyo social por razones emocionales, es decir, buscar soporte emocional: “cuando tuve el problema con mi amiguita, lo único que hice fue llegar a mi casa y abrazar a mi tía, ya con eso me sentí mejor, ella me preguntaba qué me pasaba, pero yo no le conté nada para no preocuparla, ya veré cómo resuelvo ese problema” (Entrevista # 4 al adolescente)

Como puede apreciarse, las estrategias anteriores se centran fundamentalmente en las emociones y predominan en 16 adolescentes. En los restantes cuatro, predominan estrategias focalizadas en el problema, ya sea dando los pasos necesarios para eliminar la fuente del problema, pensando y elaborando estrategias de cómo enfrentar dicha fuente, entre otras: “el día que tuve que marchar delante de toda la escuela, me puse muy nervioso, pensaba que todos se estaban riendo de mí, lo que hice fue concentrarme, porque sabía que si me concentraba en los pasos, me iba a salir todo bien y así fue, salió bien” (Entrevista # 4 al adolescente); “un problema para mí es que no puedo hacer ejercicios fuertes, ese era mi mayor entretenimiento, pero como yo veo que mi papá es hipertenso y hace determinados ejercicios, yo le pregunté a la doctora y me dijo que sí, que podía correr, jugar pelota y eso es lo que hago, pensar qué puedo hacer cada día para no aburrirme y hacer ejercicios, que es lo que me gusta a mí” (Autorregistro).

Lo anterior no quiere decir que no coexistan unas estrategias con otras, sólo que en unos adolescentes existe mayor tendencia a llevar a cabo determinadas estrategias ante los problemas.

En cuanto a los **resultados**, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes investigados, permiten resolver el problema sólo en cinco de ellos, ya sea a corto o mediano plazo, sin provocar desajustes emocionales. En otros 10 pacientes, dichas estrategias les posibilitan resolver el problema parcialmente y/o lo logran resolver, pero vivenciando emociones negativas, aún sin llegar a un desajuste emocional: “después de la muerte de su papá ha hecho cosas para entretenerse, distraerse, ha mejorado, pero hay días que se queda acostado en la cama, piensa que te piensa, ya ha pasado más de un año y aún se siento mal por eso” (Entrevista # 3 a los padres); “el día de la discusión con mi prima, me pasé días y días pensando, nerviosa, triste, yo

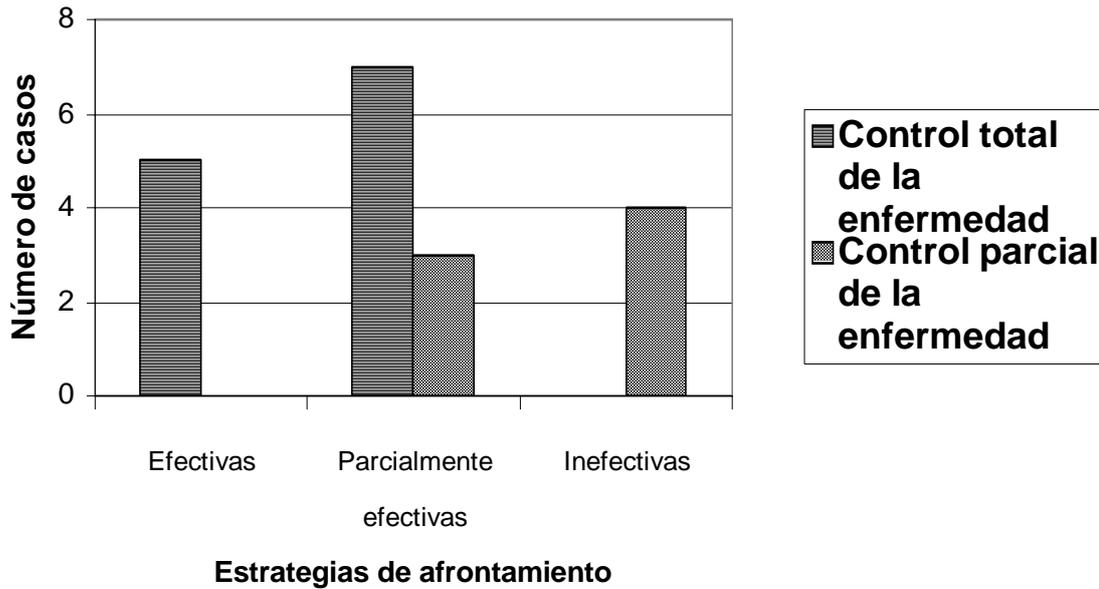
sabía que yo había tenido la culpa, que hasta que no hablara con ella no me iba a sentir bien ni ella tampoco, después de mucho tiempo me decidí y hablé, todo se resolvió, pero no me quiero acordar de aquello” (Entrevista # 4 al adolescente); “mi mayor problema es que no me gusta la escuela, me siento intranquilo por eso, aburrido, pienso que no doy para los estudios, lo único que hago es estudiar para las pruebas a ver si aunque sea apruebo” (Autorregistro). No obstante, en otros cinco de los adolescentes, las estrategias de afrontamiento que llevan a cabo son totalmente inefectivas, ya que sus resultados a corto y/o largo plazo no les permiten resolver el problema y/o le provocan desajustes emocionales: “cuando se enteró que era su amiguita la que le había robado, habló con ella, le dijo que la había herido y aparentemente todo se resolvió, pero desde ese día le ha subido la presión casi todos los días, la noto tan triste, casi ni ve el televisor, es que era su única amiguita” (Entrevista # 3 a los padres).

Es necesario destacar que, en estos últimos adolescentes, el control de la enfermedad es parcial. De esta forma, se encontraron diferencias significativas entre los mismos y el grupo de adolescentes cuyo control de la enfermedad es total, lo cual evidencia la relación entre la efectividad del afrontamiento y el control de la enfermedad.

Tabla 20. Estrategias de afrontamiento

EFFECTIVAS	PARCIALMENTE EFFECTIVAS	INEFFECTIVAS
5	10	5
25 %	50 %	25 %

Gráfico # 8. Estrategias de Afrontamiento



CONDUCTAS SALUDABLES VS RIESGO

Solamente tres de los adolescentes investigados presentan comportamientos saludables relacionados con la hipertensión arterial, de forma sistemática, tales como: hacer ejercicios y llevar una dieta adecuada. Tampoco presentan hábitos dañinos: “no fumo ni bebo, ni me gusta tampoco”; “me gusta hacer ejercicios diariamente, antes practicaba lucha, ya no puedo, pero juego otras cosas y corro casi todos los días”; “en mi casa siempre se ha cocinado bajo de sal y sin mucha grasa, porque mi marido es hipertenso de los malos desde hace años”; “me gusta comer bastantes vegetales, mi mamá cocina sin mucha sal ni grasa” (Entrevista # 2 al adolescente)

En otros cuatro adolescentes se encontró una situación similar a la anterior, con la diferencia de las características de la dieta, no realizándose una dieta adecuada de forma sistemática, sino aisladamente.

Es notable que en 13 adolescentes no se encontraran hábitos de fumar o beber, pero sí se manifestó la presencia de una dieta inadecuada y la práctica de ejercicios de forma no sistemática, aunque al menos dos o tres veces por semana.

Solo en uno de los casos estudiados se detectó el hábito de fumar: “mis padres no se pueden enterar, pero siempre que salgo con mis amigos, llevo mis

cigarrillos, siempre que puedo, me fumo uno, porque eso no lo puede saber nadie” (Entrevista # 3 al adolescente). También en tres de los adolescentes se encontró sobrepeso.

De esta forma, en la mayoría de los adolescentes se encontraron comportamientos de riesgo relacionados con la hipertensión arterial, especialmente una dieta inadecuada y la práctica ineficiente de ejercicios físicos, por lo que no existieron diferencias significativas entre los controlados y los parcialmente controlados, con relación a la enfermedad.

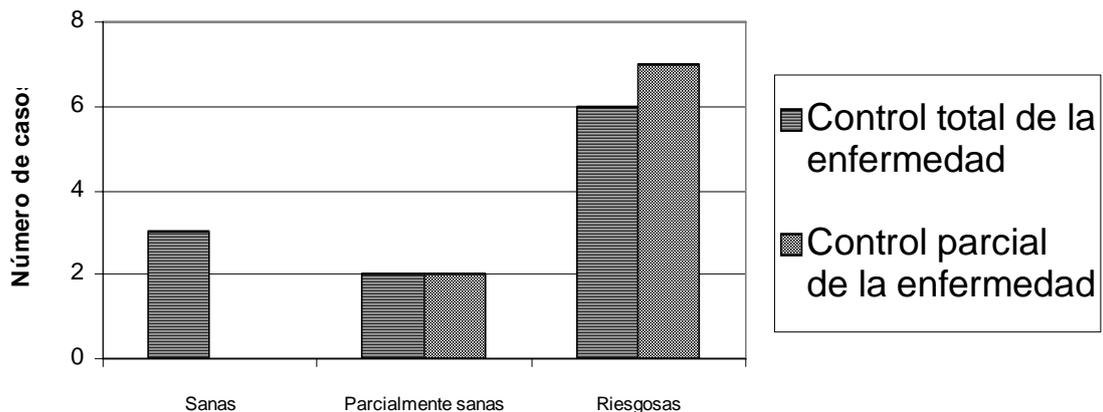
No obstante, algunos datos muestran la importancia de los comportamientos saludables. Por una parte, los tres pacientes que no presentan conductas ni hábitos de riesgo, poseen un control total de la enfermedad, sin necesidad de tener un tratamiento farmacológico. Al debutar con la hipertensión, se les indicó una dieta adecuada, entre otras medidas no farmacológicas, lo cual se llevó a cabo de forma disciplinada y contribuyó, en gran medida, al control de sus cifras tensionales.

En el resto de los pacientes, aún cuando las dificultades con la dieta no parecen determinar las diferencias en cuanto al control de la enfermedad hipertensiva (en el momento actual), sí pudieran constituir factores de riesgo para el debut y curso de la enfermedad, lo cual se ha analizado en diferentes investigaciones y debe continuar profundizándose.

Tabla 21. Conductas saludables vs riesgo

SANAS	PARCIALMENTE SANAS	RIESGOSAS
3	4	13
15 %	20 %	65 %

Gráfico # 9. Conductas saludables vs riesgo



Conductas saludables vs riesgo

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN FORMACIÓN

Las características de la personalidad en formación se han referido continuamente en el análisis de los resultados anteriormente desarrollado, precisamente porque se encuentran asociadas a muchas de las dificultades expresadas.

Un dato muy interesante es que en el 75 % de los pacientes se encontraron daños en la autoestima, como un elemento negativo coincidente en todos ellos. Las dificultades son parciales en nueve pacientes, mientras que son más graves en los restantes seis, los cuales coinciden, a su vez, con aquellos pacientes cuyo control de la enfermedad es parcial: “si pudiera cambiaría muchas cosas de mí”; “me cuesta trabajo aceptarme como soy”; “tengo mala opinión de mí mismo” (Inventario de autoestima); “siempre está diciendo que todo le sale mal, que es un inútil” (Entrevista # 3 a los padres); “yo no sé hacer las cosas, todo me sale mal” (Entrevista # 4 al adolescente).

Estas dificultades en la autoestima tienen de base una autovaloración centrada en aspectos negativos: “soy feo, gordo, bajito, bruto”; “soy callada, me cuesta trabajo que las cosas me salgan bien”; “los demás me ven como un bobo”; “soy pesado, intranquilo” (Composición: “Cómo soy, cómo me ven los demás, cómo quisiera ser”); “mi personalidad es extraña” (Rotter)

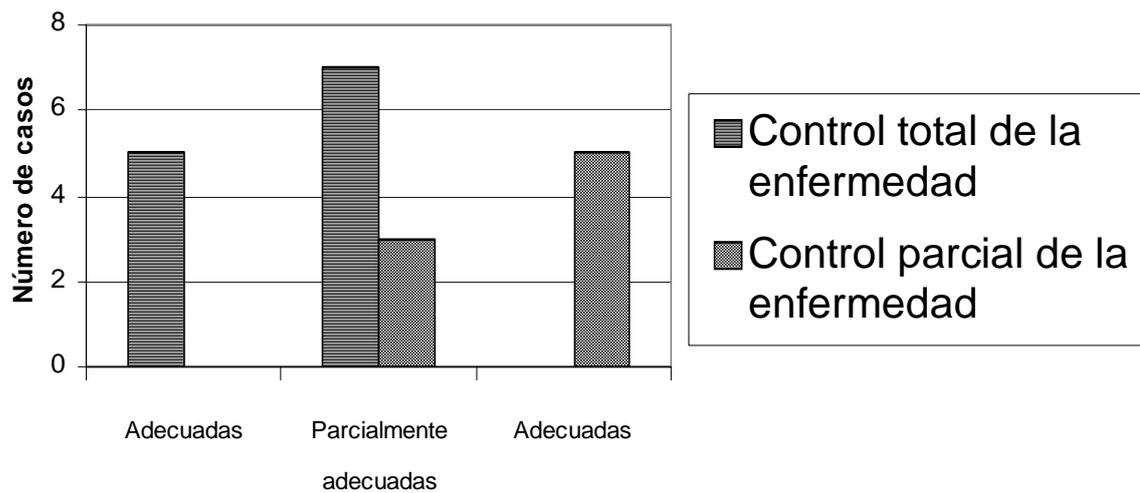
Además, se evidenció la presencia de otras características que entorpecen el desempeño del adolescente ante las demandas de su situación social de desarrollo, en 15 casos. Entre estas características, las más comunes fueron: inseguridad, impulsividad e introversión y genioso: “cuando me llevan la contraria cojo genio y me pongo hecho una fiera” (Composición “Cómo soy, cómo me ven los demás, cómo quisiera ser”); “sus problemas personales no los habla con nadie” (Entrevista # 3 a los padres); “es lenta e insegura” (Informe escolar)

En el grupo de adolescentes con control total de la enfermedad, aunque están presentes algunas de las características anteriores, estas se presentan en menor medida y afectan también menos su desenvolvimiento en los diferentes contextos de desarrollo. De esta forma, los valores medios de este grupo, que indican dificultades en el desarrollo de la personalidad en formación, se comportaron más bajos, existiendo diferencias significativas con los adolescentes cuyo control de la enfermedad es parcial. Por lo tanto, se evidencia cómo determinadas características de la personalidad en formación pueden incidir en el control de la enfermedad en esta etapa.

Tabla 22. Características de la personalidad en formación

ADECUADAS	PARCIALMENTE ADECUADAS	INDACUADAS
5	9	6
25 %	45 %	30 %

Gráfico # 10. Características de personalidad en formación



Características de la personalidad en formación

ANALISIS INTEGRAL DE LOS RESULTADOS

La interacción que se produce entre la persona y el contexto que le rodea, es un proceso de gran complejidad, ya que ambos se influyen mutuamente y mediatizan el desarrollo del otro. De forma continua, en la literatura psicológica se hace referencia a determinadas dificultades en el contexto donde se desenvuelve el individuo, así como a características individuales relacionadas con su personalidad, que pueden repercutir en su bienestar y salud en general.

Paralelamente, la literatura médica aborda, una y otra vez, la importancia de los factores de riesgo biológicos (el colesterol, los triglicéridos, los genéticos) y su repercusión en el proceso salud-enfermedad. Incluso, cuando se explican los factores de riesgo psicosociales, muchas veces se hace alusión, únicamente, a aquellos factores con un mayor componente comportamental que biológico, tales como el consumo de tabaco, la obesidad y la inactividad física. Precisamente, Fernández-Abascal denomina a este grupo como factores clásicos o tradicionales (Fernández-Abascal et al., 2003).

En la presente investigación, se pretende tomar en cuenta estas diversas formas de abordar los factores de riesgo, pero desde una perspectiva integradora, que comprenda aspectos psicológicos, sociales y biológicos, en estrecha interacción unos con otros, conformando una maraña de causalidad en la hipertensión arterial. Por lo tanto, se hace imprescindible analizar los efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial.

En la evaluación de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, es necesario tener en cuenta elementos de carácter genético, biológico y otros de carácter psicosocial, sobre la base de una concepción integral de la persona. Estos últimos no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar finalmente dónde comienza uno y dónde lo hace otro, y a su vez, interactúan con los factores de riesgo tradicionales (Fernández-Abascal et al., 2003).

En casi todos los adolescentes estudiados se encontraron conductas de riesgo, por lo que fue un aspecto que se comportó sin diferencias significativas

entre unos y otros. Sobre esta base, se coincide con los estudios mundiales en el reconocimiento acerca del papel que juegan dichas conductas de riesgo, tanto en el debut como en la evolución de la enfermedad.

A partir del análisis realizado acerca del comportamiento de las categorías en los diferentes adolescentes estudiados, se han podido comprender determinadas relaciones entre las mismas.

Aquel adolescente cuyos contextos familiares y escolares no presentan dificultades, o estas no son significativas para el desarrollo del mismo, por lo general poseen características individuales favorables para funcionar adecuadamente en su situación social del desarrollo. Estos, son aspectos que una y otra vez se explican en la literatura donde se abordan las etapas del desarrollo, especialmente la adolescencia.

La familia constituye la base de un desarrollo pleno de la personalidad, influyendo positivamente en la interacción que el niño y adolescente establecen con otros contextos de desarrollo. Por supuesto, no existen etiquetas en este sentido, pues las particularidades individuales de cada adolescente mediatizan cada influencia recibida. Es por eso que se encontraron familias con un funcionamiento adecuado y, sin embargo, el adolescente presenta dificultades en su desarrollo personal y en su desempeño escolar o en la esfera de relaciones.

No obstante, una vez más se pudo comprobar cómo una familia adecuada favorece el afrontamiento positivo de los diferentes problemas y situaciones difíciles que se presentan ante el adolescente. En este caso, son adolescentes cuyas vivencias son mayormente positivas, sin llegar a desajustes en el equilibrio desde el punto de vista emocional o social, presentando una evolución favorable con respecto a la hipertensión arterial esencial.

Podemos afirmar que cuatro de los adolescentes estudiados engloban los aspectos hasta este momento abordados, es decir, que presentan resultados adecuados en la mayoría de las categorías estudiadas. Centrándonos en la salutogénesis, se puede apreciar cómo, en las construcciones sociales e individuales que subyacen al problema de la hipertensión en la adolescencia, se encuentran recursos importantes para hacerle frente a dicho problema de salud.

Por otra parte, conformando el mayor grupo, se encuentran adolescentes cuyos valores en casi todas las categorías fueron parcialmente adecuados, siendo un total de 11. En estos adolescentes se encontraron dificultades al menos en unos de los dos contextos estudiados: la escuela y la familia. El apoyo social se comportó indistintamente eficaz o parcialmente eficaz. En más del 80 % de estos adolescentes se comprobó la existencia de determinados acontecimientos potencialmente psicopatógenos, pero sin que estos afectaran el equilibrio del adolescente, o sólo parcialmente (en tres casos). En correspondencia con esto, todos los adolescentes presentaron características de personalidad parcialmente adecuadas, con dificultades en la autoestima, pero no tan marcadas como otros, por lo que resultan características que entorpecen sólo en ocasiones el enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo. Precisamente, el autocontrol emocional, la competencia social y las estrategias de afrontamiento se comportaron con valores medios en casi la totalidad de los adolescentes de este grupo.

Lo más significativo en estos adolescentes es que ninguna de las características presentes en ellos y/o en sus contextos de desarrollo, provocan la pérdida del equilibrio desde todo punto de vista. Es necesario señalar que dos de los pacientes cuyo control de la enfermedad es parcial, se encuentran en este grupo.

Finalmente, se encontraron aspectos similares entre los cinco adolescentes restantes. Por una parte, sus contextos familiares y/o escolares tienen grandes dificultades, siendo totalmente inadecuados uno u/ otro. El apoyo social no se comportó de manera eficaz en ninguno de estos casos. En cuanto a los acontecimientos potencialmente psicopatógenos, éstos provocaron o provocan aún la pérdida del equilibrio biopsicosocial en tres de ellos, mientras que en los otros dos la provocan parcialmente. Desde el punto de vista psicológico, estos adolescentes presentan características que entorpecen el enfrentamiento adecuado ante tales circunstancias, a la vez que son características condicionadas por dichas circunstancias. De esta forma, son adolescentes que tienen, al menos, tres de los siguientes elementos: inadecuado control emocional, inadecuada competencia social, estrategias de afrontamiento inefectivas; baja autoestima, inseguridad, introversión, impulsividad.

Los cinco adolescentes que muestran los aspectos anteriores, tienen un control parcial de la enfermedad, lo cual evidencia cómo determinadas dificultades relacionadas con la propia persona y el contexto que le rodea, generan una mayor vulnerabilidad en el adolescente ante la hipertensión arterial.

A partir del análisis anterior, se puede afirmar que los aspectos psicosociales, relacionados con el adolescente y sus contextos de desarrollo, influyen en el control de la hipertensión a esta edad, ya que las dificultades en uno y/u otros puede ocasionar desajustes fundamentalmente emocionales, los cuales inciden fisiológicamente en la elevación de las cifras tensionales, al menos de forma transitoria.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede arribar a las siguientes conclusiones:

1. Los contextos de desarrollo en que se desenvuelven los adolescentes hipertensos, se caracterizan por presentar dificultades, al menos en uno de ellos, que provocan desajustes emocionales en el paciente de manera parcial o total, especialmente cuando dichas dificultades se asocian a la existencia de eventos potencialmente psicopatógenos, así como a limitaciones en cuanto al apoyo social que recibe y percibe el adolescente.
2. El empleo de estrategias de afrontamiento de limitada efectividad ante las diferentes demandas, conflictos interpersonales y otros problemas generados por la situación social del adolescente hipertenso, así como las características de su personalidad en formación (baja autoestima, y dificultades en su autocontrol emocional), pueden provocar en él, estados emocionales negativos, que implican desajustes en su funcionamiento psicológico y/o social acompañados de trastornos psicofisiológicos, particularmente incrementos de su presión arterial.
3. Se evidenciaron comportamientos de riesgo en más de un 80 % de los adolescentes hipertensos, fundamentalmente relacionados con una dieta inadecuada y la práctica ineficiente de ejercicios físicos.
4. En el control de las cifras tensionales del adolescente hipertenso pueden influir las siguientes características psicosociales, en estrecha interrelación: contexto familiar y/o contexto escolar inadecuados, apoyo social ineficaz, presencia de eventos potencialmente psicopatógenos, así como dificultades en cuanto al autocontrol emocional, la competencia social, las estrategias de afrontamiento, la autoestima y otras características de la personalidad en formación.
5. La interacción entre las características de la personalidad en formación y el contexto en que se desenvuelve el adolescente, conforman un perfil

de vulnerabilidad psicosocial, que incrementa el riesgo de presentar dificultades con el control de las cifras tensionales en la hipertensión arterial esencial del adolescente.

Recomendaciones

Sobre la base de las conclusiones planteada, se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Realizar un mayor control de los adolescentes con hipertensión arterial esencial por parte de la comunidad, que posibiliten nuevos estudios sobre la influencia de variables psicológicas, sociales y/o de otro tipo en la enfermedad.
2. Tener en cuenta los resultados de la presente investigación, en aras de validar la metodología en nuestro país, para la evaluación del riesgo psicosocial en adolescentes con hipertensión arterial esencial.
3. Desarrollar estudios posteriores sobre la temática presentada, que permitan establecer nuevos niveles de correlación entre las variables estudiadas
4. Diseñar programas de intervención psicológica, que contribuyan a reducir el riesgo psicosocial asociado a la hipertensión arterial esencial en la adolescencia.

Anexos

ANEXO # 1

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 1 AL ADOLESCENTE

Objetivos:

- 1. Conocer las características generales de la familia a la que pertenece el adolescente,**
- 2. Profundizar en las características del funcionamiento familiar y las vivencias del adolescente en este contexto.**

Áreas de información:

- Estructura de la familia**
- Características de las relaciones padres-hijos**
- Características de las relaciones de otros familiares con el adolescente**
- Jerarquía de los padres u otros familiares en la educación de adolescente**
- Características de la comunicación**
- Estilos educativos predominantes**
- Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores del adolescente en relación con el contexto familiar**
- Hábitos y estilos de vida predominantes en la familia**

ANEXO # 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 2 AL ADOLESCENTE

Objetivos:

- 1. Indagar acerca de la esfera escolar del adolescente y las vivencias del adolescente en este contexto.**
- 2. Conocer los comportamientos saludables y riesgos que lleva a cabo el adolescente.**
- 3. Conocer la existencia y repercusión de eventos potencialmente psicopatógenos en la vida del adolescente, así como la relación de estos con el debut de la enfermedad.**

Áreas de información:

- Características de las relaciones del adolescente con sus coetáneos en la escuela**
- Características de las relaciones maestro-adolescente**
- Motivación por los estudios**
- Características del aprendizaje y rendimiento escolares.**
- Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores del adolescente en relación con el contexto escolar.**
- Participación en las actividades escolares. Forma en que se realizan las tareas y actividades escolares**
- Presencia de hábitos tóxicos y saludables. Características de la dieta**
- Acontecimientos potencialmente psicopatógenos ocurridos. Características. Cambios ocurridos en el adolescente desde el punto de vista psicológico, relacionados con dichos acontecimientos.**

ANEXO # 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 3 AL ADOLESCENTE

Objetivos:

- 1. Profundizar en el autocontrol emocional del adolescente.**
- 2. Conocer las características del adolescente en cuanto a su competencia social.**

Áreas de información:

- Emociones positivas y negativas vivenciadas por el adolescente. Causas**
- Forma en que el adolescente expresa sus emociones ante diversas situaciones, en diferentes contextos de desarrollo**
- Emociones que más predominan en el adolescente.**
- Relaciones del adolescente con sus coetáneos, familiares y otras personas. Mayores éxitos y fracasos en este sentido.**
- Preocupaciones, problemas, necesidades, temores en la esfera de relaciones interpersonales**
- Conocimiento y responsabilidad ante las normas morales**
- Habilidades comunicativas, de interacción, asertivas, de empatía, cooperativas, presentes a ausentes en el adolescente. La repercusión en su esfera social**

ANEXO # 4

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 4 AL ADOLESCENTE

Objetivos:

- 1. Conocer las estrategias de afrontamiento que posee el adolescente.**
- 2. Indagar acerca de las características del apoyo social recibido y percibido por el adolescente.**
- 3. Indagar acerca de las características de la personalidad en formación del adolescente.**

Áreas de información:

- Estrategias de afrontamiento que utiliza el adolescente ante diversas situaciones difíciles, en diferentes contextos de desarrollo**
- Resultados positivos y/o negativos de dichas estrategias, en cuanto a la solución o no del problema y a las vivencias emocionales asociadas a las mismas.**
- Estructura del apoyo social que recibe el adolescente**
- Tipos de apoyo social que recibe el adolescente**
- Funciones que cumple el apoyo social para el adolescente.**
- Características de la autovaloración y autoestima del adolescente**
- Otras características de la personalidad en formación del adolescente. Su repercusión en el enfrentamiento que el adolescente realiza ante las demandas de su situación social del desarrollo**

ANEXO # 5

COMPOSICION "COMO SOY, COMO ME VEN LOS DEMAS, COMO QUISIERA SER"

Instrucciones: **Realiza una composición donde escribas sobre los siguientes aspectos:**

-Cómo eres

-Cómo te ven los demás

-Cómo quisieras ser

ANEXO # 6

INVENTARIO DE PROBLEMAS JUVENILES (IPJ)

Nombre y Apellidos:.....Edad.....

No de hermanos varones..... No de hermanas.....

Padre vivo si..... no.....Madre viva: Si..... No.....

Grado..... Fecha.....

Instrucciones:

A continuación aparecen de cuestiones que suelen preocupar a los muchachos jóvenes. Tu encontraras que algunas e ellas son problemas o dificultades que tienes; otras son cosas que se refieren a ti, pero que no te preocupan y otras puede que no tengan que ver contigo.

Lee cada cuestión de este inventario cuidadosamente. Si expresa algo que es un problema para ti, HAZ UNA MARCA en el espacio correspondiente al lado del número. Si la cuestión no expresa una dificultad tuya o no tiene que ver contigo, pues eso no te sucede a ti, NO HAGAS NINGUNA MARCA; DEJALA EN BLANCO.

RECUERDA

Cuando tu marcas una cuestión estás diciendo: ESTO ES UN PROBLEMA PARA MI, ESTO ME SUCEDE A MI .

Cuando tu no marcas una cuestión y la dejas en blanco estás diciendo: ESTO NO ES UN PROBLEMA PARA MI, ESTO NO ME SUCEDE A MI.

MI ESTADO FISICO O SALUD

-1. Tengo algún defecto físico que me incapacita.
-2. Me preocupa el modo de mejorar mi figura.
-3. Me preocupa mi salud.
-4. Me canso fácilmente.
-5. No duermo lo suficiente.
-6. Me siento sin ánimo o energía.
-7. A veces me siento como si me fuera a desmayar.
-8. Quisiera saber si mi energía física y mi resistencia son normales.
-9. A veces tengo mareos.
-10. Yo siempre tengo sueño.
-11. A veces me orino en la cama.

MIS RELACIONES CON OTROS MUCHACHOS Y MUCHACHAS

-1. Yo necesito más amigos.
-2. Yo no hago amistad con muchos muchachos de mi edad.
-3. No me gustan las otras personas.
-4. No le gusto a mucha gente.
-5. Los otros muchachos se ríen de mí.
-6. Preferiría jugar con muchachos más pequeños que yo.
-7. Pocas veces tengo invitaciones para salir con amigos.
-8. Quisiera saber si mi desarrollo sexual es normal.
-9. Para mí la mayoría de los demás muchachos y muchachas son egoístas.
-10. Los demás muchachos me fastidian por mi tamaño.

-11. Los demás muchachos me fastidian porque yo no soy simpático.
-12. Los demás muchachos me fastidian por lo que luzco.
-13. Los demás muchachos me fastidian porque yo soy malo en los deportes.
-14. Los demás muchachos me fastidian porque yo no soy bueno fajándome.
-15. Tengo miedo hablar a los muchachos mayores.
-16. Los demás me tratan como a un chiquillo.
-17. Yo desearía tener, por lo menos un buen amigo.

MIS RELACIONES CON LA ESCUELA

-1. Es difícil concentrarme.
-2. No me gustan mis estudios actuales.
-3. Odio la escuela.
-4. Quisiera dejar ya los estudios.
-5. No sé para que me sirve lo que estudio.
-6. Yo no tengo buenas notas.
-7. A mi se me olvida hacer los trabajos de clases que se me asignan.
-8. Yo no soy muy listo.
-9. Soy demasiado inquieto e intranquilo para estar en clase tanto tiempo.
-10. Me es difícil mantener la atención a la clase.
-11. Necesito que me ayuden en mis estudios.
-12. Mis profesores se burlan de mí.
-13. Mis profesores no están interesados en mí.
-14. Mis profesores se mantienen muy distantes y fríos.
-15. Mis profesores tienen alumnos preferidos.
-16. Mis profesores no me comprenden.
-17. No le agrado a mis profesores.
-18. Mis profesores la tienen cogida conmigo.
-19. Me desagrada esta escuela.

ACERCA DE MI PERSONA

-1. Me altero fácilmente.
-2. Me preocupo por pequeñas cosas.
-3. Soy nervioso.
-4. No puedo dormir de noche.
-5. Me distraigo mucho porque siempre estoy pensando en cosas lindas que no existen.
-6. A veces he pensado que no vale la pena vivir.
-7. Me siento culpable de las cosas que he hecho.
-8. No soy popular entre mis amigos y amigas.
-9. A menudo me siento solo.
-10. Me siento triste y decaído muchas veces.
-11. Soy susceptible y me ofendo con facilidad.
-12. A menudo hago cosas de las que luego me arrepiento.
-13. Las personas se fija mucho en mí.
-14. Creo que no soy tan listo como otras personas.
-15. Prefiero estar solo.
-16. Quisiera discutir mis problemas personales con alguien.
-17. Quisiera saber si mi mente funciona con normalidad.
-18. Siento que no me quieren.

-19. Me preocupa la fealdad o defecto de alguna parte de mi cuerpo.
-20. No tengo confianza o seguridad en mi mismo.
-21. Creo que soy diferente a los demás muchachos.
-22. Yo me como las uñas.
-23. Todo me sale mal.
-24. No sé por que las personas me molestan o se ponen bravas conmigo.
-25. Tengo miedo de equivocarme.
-26. No puedo hacer nada bien.
-27. Soy miedoso.
-28. Casi siempre necesito que me ayuden en las cosas que hago.
-29. No resisto que me digan lo que tengo que hacer.
-30. Casi siempre me gusta hacer lo contrario de lo que me dicen.
-31. No soporto hacer algunas cosas aunque sé que son para bien de mi salud.
-32. Yo digo muchas mentiras.

MI HOGAR Y MI FAMILIA

-1. No me llevo con mis hermanos y hermanas.
-2. Hay discusiones y peleas constantes en mi casa.
-3. Creo que soy una carga para mis padres.
-4. No puedo discutir mis problemas personales con mis padres.
-5. Yo desearía que papá estuviera mas tiempo en la casa.
-6. Yo desearía que mamá estuviera mas tiempo en la casa.
-7. Me gustaría tener un hermano o una hermana.
-8. MI padre es muy dominante y autoritario.
-9. Me siento que no formo parte de la familia.
-10. No me gusta invitar amigos a mi casa.
-11. Mis padres tienen favoritos y preferidos entre los hijos.
-12. Mis padres me presionan a que yo estudie el día de mañana lo que ellos quieren y no lo que yo quiero.
-13. Mis padres no me dejan tomar mis propias decisiones.
-14. Mis padres no confían en mí.
-15. Mis padres esperan demasiado de mí.
-16. Quisiera que mis padres no me trataran como a un niño chiquito.
-17. Me avergüenzo de las costumbres de mis padres.
-18. Siento deseos de irme de mi casa.
-19. Temo decirle a mis padres que he cometido una falta.
-20. Mis padres se oponen a mis tendencias de seguir las modas.
-21. Mis padres me regañan mucho para que estudie.
-22. Mis padres no se ocupan de mí.
-23. Mis padres no quieren admitir que algunas veces tengo razón.
-24. Mis padres son fríos con mis amigos.
-25. Mis padres no están interesados en lo que haga.
-26. Mis padres me regañan mucho.
-27. Yo temo a mis padres.
-28. Mis padres no contestan a mis preguntas.

ANEXO # 7

INVENTARIO DE AUTOESTIMA

Nombre: _____ Edad: _____

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

PROPOSICIONES	SI	NO
1- Generalmente los problemas me afectan poco		
2- Me cuesta trabajo hablar en público.		
3- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi.		
4- Puedo tomar fácilmente una decisión.		
5- Soy una persona simpática.		
6- En mi casa me enoja fácilmente.		
7- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8- Soy una persona popular entre las personas de mi edad.		
9- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10- Me doy por vencido (a) fácilmente.		
11- Mi familia espera demasiado de mi.		
12- Me cuesta trabajo aceptarme como soy.		
13- Mi vida es muy complicada.		
14- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15- Tengo mala opinión de mí mismo.		
16- Muchas veces me gustaría irme de casa.		
17- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.		
18- Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.		
19- Si tengo algo que decir generalmente lo digo.		
20- Mi familia me comprende.		
21- Los demás son mejores aceptados que yo.		
22- Siento que mi familia me presiona.		
23- Con frecuencia me desanimo por lo que hago.		
24- Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25- Se puede confiar poco en mí.		

ANEXO # 8

TEST DE COMPLETAR FRASES (ROTTER)

Nombre y Apellido: _____ Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____ Estado civil _____

Instrucciones: **Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones.**

Trate de completar todas las frases:

1. Me gusta _____
2. El tiempo más feliz _____
3. Quisiera saber _____
4. En el hogar _____
5. Lamento _____
6. A la hora de acostarme _____
7. Los hombres me parecen _____
8. El mejor _____
9. Me molesta _____
10. La gente _____
11. Una madre _____
12. Siento _____
13. Mi mayor temor _____
14. En la escuela _____
15. No puedo _____
16. Los deportes _____
17. Cuando yo era niño(a) _____
18. Mis nervios _____
19. Las otras personas _____
20. Sufro _____
21. Fracasé _____
22. La lectura _____
23. Mi mente _____
24. El impulso sexual _____
25. Mi futuro _____
26. Yo necesito _____
27. El matrimonio _____
28. Estoy mejor cuando _____
29. Algunas veces _____

30. Me duele _____
31. Odio _____
32. Este lugar _____
33. Estoy muy _____
34. La preocupación principal _____
35. Deseo _____
36. Mi padre _____
37. Yo secretamente _____
38. Yo _____
39. Las divisiones _____
40. Mi mayor problema es _____
41. La mayoría de las mujeres _____
42. El trabajo _____
43. Amo _____
44. Me pone nervioso _____
45. Mi principal
ambición _____
46. Yo prefiero _____
47. Mi problema principal en la elección de carrera profesión o
trabajo _____
48. Quisiera ser _____
49. Creo que mis mejores aptitudes son _____
50. Mi personalidad _____
51. La felicidad _____

ANEXO # 9

FICHA DE AUTORREGISTRO DIARIO DE SITUACIONES DIFICILES O PROBLEMATICAS (Adaptación de la ficha de autorregistro diario de situaciones de estrés)

Instrucciones:

Durante 30 días harás como un diario donde escribas cómo sientes, piensas y actúas ante determinadas situaciones difíciles o problemáticas que se te presenten, así como te hubiera gustado sentirte, qué te hubiera gustado haber pensado y qué te hubiera gustado haber hecho ante dichas situaciones. Si en estos 30 días no ocurren situaciones de este tipo, debes escribir los aspectos mencionados, pero referidos a situaciones que te hayan sucedido recientemente (más o menos de seis meses a un año)

ANEXO # 10

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 1 A LOS PADRES

Objetivos:

- 1. Conocer las características generales de la familia a la que pertenece el adolescente,**
- 2. Profundizar en las características del funcionamiento familiar y las vivencias del adolescente en este contexto.**
- 3. Conocer los comportamientos saludables y riesgos que lleva a cabo el adolescente.**

Áreas de información:

- Antecedentes familiares de hipertensión**
- Estructura de la familia**
- Características de las relaciones padres-hijos**
- Características de las relaciones de otros familiares con el adolescente**
- Jerarquía de los padres u otros familiares en la educación de adolescente**
- Características de la comunicación**
- Estilos educativos predominantes**
- Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores del adolescente en relación con el contexto familiar**
- Hábitos y estilos de vida predominantes en la familia**
- Presencia de hábitos tóxicos y saludables del adolescente**

ANEXO # 11

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 2 A LOS PADRES

Objetivos:

- 1. Indagar acerca de la esfera escolar del adolescente y las vivencias del adolescente en este contexto.**
- 2. Conocer la existencia y repercusión de eventos potencialmente psicopatógenos en la vida del adolescente, así como la relación de estos con el debut de la enfermedad.**
- 3. Indagar acerca de las características del apoyo social recibido y percibido por el adolescente.**

Áreas de información:

- Características de las relaciones del adolescente con sus coetáneos y maestros en la escuela**
- Motivación por los estudios. Características del aprendizaje y rendimiento escolares.**
- Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores del adolescente en relación con el contexto escolar.**
- Participación en las actividades escolares. Forma en que se realizan las tareas y actividades escolares**
- Acontecimientos potencialmente psicopatógenos ocurridos. Características.**
- Cambios ocurridos en el adolescente desde el punto de vista psicológico, relacionados con dichos acontecimientos.**
- Estructura del apoyo social que recibe el adolescente**
- Tipos de apoyo social que recibe el adolescente**

ANEXO # 12

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA # 3 A LOS PADRES

Objetivos:

- 1. Profundizar en el autocontrol emocional del adolescente.**
- 2. Conocer las características del adolescente en cuanto a su competencia social.**
- 3. Conocer las estrategias de afrontamiento que posee el adolescente.**
- 4. Indagar acerca de las características de la personalidad en formación del adolescente.**

Áreas de información:

- Emociones positivas y negativas vivenciadas por el adolescente. Causas.**
- Forma en que el adolescente expresa sus emociones ante diversas situaciones, en diferentes contextos de desarrollo**
- Relaciones del adolescente con sus coetáneos, familiares y otras personas. Mayores éxitos y fracasos en este sentido.**
- Preocupaciones, problemas, necesidades, temores en la esfera de relaciones interpersonales**
- Conocimiento y responsabilidad ante las normas morales**
- Habilidades comunicativas, de interacción, asertivas, de empatía, cooperativas, presentes a ausentes en el adolescente. La repercusión en su esfera social**
- Estrategias de afrontamiento que utiliza el adolescente ante diversas situaciones difíciles, en diferentes contextos de desarrollo.**
- Resultados positivos y/o negativos de dichas estrategias, en cuanto a la solución o no del problema y a las vivencias emocionales asociadas a las mismas.**
- Características de la personalidad en formación del adolescente. Su repercusión en el enfrentamiento que el adolescente realiza ante las demandas de su situación social del desarrollo**

ANEXO # 13
INFORME ESCOLAR

- **Sintomatología psíquica.**
- **Tiempo de evolución de las manifestaciones.**
- **Existencia e Influencia de eventos vitales en los diferentes contextos.**
- **Desarrollo de los procesos cognitivos (pensamiento, memoria, atención y lenguaje).**
- **Rendimiento escolar actual.**
- **Rendimiento escolar anterior a los síntomas observados el maestro.**
- **Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres actuales.**
- **Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres anteriores a los síntomas observados por el maestro.**
- **Disciplina y asistencia a las actividades académicas.**
- **Existencia de situaciones difíciles o problemas que afectan al adolescente**

ANEXO # 14

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA AL MEDICO

Objetivo: **conocer elementos relacionados con la enfermedad del adolescente, tales como su diagnóstico, el nivel de control y el tratamiento indicado.**

Áreas de información:

-Diagnóstico de la enfermedad

-Control de la enfermedad

-Tratamiento indicado

-Aspectos de interés que el médico conozca sobre el paciente y su familia.