

Universidad Central “Marta Abreu de las Villas”

Facultad de Psicología



***Trabajo de Diploma para optar
por el título de
Licenciatura en Psicología***

***Título: Caracterización de la Regulación Emocional
en pacientes de 12 a 15 años con Hipertensión
Arterial Esencial.***

Autora: Yanni Zamora Fleites.

Tutora: Msc. Yudith Pérez Díaz.

Asesor Estadístico: Dr.C. Ricardo Grau Ávalos.

***Villa Clara, Cuba
2013***

Exergo

*“Cada uno de nosotros es su propio clima,
determina el color del cielo dentro del universo
emocional en el que habita”*

Fulton J. Sheen

Dedicatoria

*A la memoria de mi abuelito, por quererme tanto,
por guiarme y protegerme siempre, aún desde el silencio.
A ti, que te has convertido en un ladrón...
porque llevaste contigo mi*

CORAZÓN

Agradecimientos

- ❖ *A mis padres, por ser mi mayor tesoro, por estar a mi lado cada día, por su incansable voluntad de apoyarme siempre, por ser el motivo que me ayuda a levantar cuando ya no tengo fuerzas, por merecer esta investigación más que yo misma, por ser pedacito de mí y convertirse en grandes ejemplos en mi vida. ..A ustedes, por ser el aire que respiro.*
- ❖ *A mi Titi, por su amor, por su comprensión y entrega constante, por sus incansables búsquedas en internet, por hacerse parte de este proyecto y por permitirme cada noche apoyar mi cabeza en sus hombros cuando ya no tenía fuerzas. A ti, por el sueño de compartir una vida juntos.*
- ❖ *A mi hermano y mi cuñada por tolerarme, por su preocupación constante y su nobleza...por ser tan importantes en mi vida.*
- ❖ *A mi tutora Yudith, por ser parte esencial en este proyecto investigativo, por estar siempre dispuesta a las interminables consultas por teléfono, por brindarme tranquilidad y confianza en todo momento y por su forma tan amena de hacer las críticas más profundas.*
- ❖ *Al Dr. Ricardo Grau, por su entera disposición y magistral asesoría en el procesamiento de los datos.*
- ❖ *Al Dr. Ramón Sánchez, por ser facilitador en cada momento de esta investigación y por ser más que amigo, un hermano de nuestra familia.*
- ❖ *A Marco A. Rodríguez, por hacerme parte de sus consultas de Rehabilitación Cardiovascular, por brindarme sus conocimientos y por facilitar este proyecto en todo momento.*

- ❖ *A todos mis profesores que contribuyeron durante estos 5 años a mi formación profesional, siendo poseedores de mi más profunda admiración por su entrega constante y profesionalismo.*
- ❖ *A Claribel, por ser tan dulce y por estar siempre dispuesta a aclarar cada una de mis dudas con la bibliografía.*
- ❖ *Al proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la APS”, especialmente al Dr. CT. Emilio F. González Rodríguez y el Lic. Santiago Cuadrado, por constituir importantes facilitadores para el desarrollo de la investigación.*
- ❖ *A los padres y adolescentes que accedieron gustosamente a formar parte de este estudio.*
- ❖ *A mis grandes amigas, en especial a Kenia, Mileidys, Linette, Anisbel, Yennis, Yanet, Ileana y Lianneris por su incondicional amistad, por su constante preocupación y por hacer de esta investigación un proyecto común.*
- ❖ *A la vida, por permitir convertirme en el ser humano que soy.*
- ❖ *A todos los que de una forma u otra pusieron su granito de arena o mostraron su interés en la realización de este proyecto investigativo. A todos ellos, mis más sinceros agradecimientos.*

Yanni Zamora Fleites

Resumen

RESUMEN

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo no experimental, basado en un diseño mixto, predominantemente cuantitativo, combinándolo con análisis cualitativo de la información. El mismo tuvo lugar en el período comprendido de diciembre de 2012 a mayo de 2013, con el objetivo de caracterizar la regulación emocional en adolescentes de 12 a 15 años con Hipertensión Arterial Esencial, atendidos en la consulta de Cardiología y Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Pediátrico Docente “José Luis Miranda”, de Santa Clara.

La muestra quedó conformado por 20 adolescentes hipertensos y 20 adolescentes normotensos. Las técnicas utilizadas fueron: Entrevista psicológica semi-estructurada, Inventario de ansiedad rasgo – estado, versión infantil (IDAREN), Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI - 2), Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes, Escala de Bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J), Inventario de Problemas Juveniles (IPJ), RAMDI (método directo), Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos, Revisión de documentos oficiales (Expediente escolar e Historia Clínica) y Observación semiestructurada.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0, enriquecido con un análisis cualitativo. Entre los resultados principales, se destacan diferencias significativas en cuanto a las características de la regulación emocional entre los adolescentes normotensos e hipertensos. Además, se logró demostrar que éstos últimos se caracterizan por presentar dificultades en los indicadores de la regulación emocional que influyen, junto a otras variables, en el control de la enfermedad hipertensiva.

Palabras claves: adolescentes, hipertensión arterial esencial, regulación emocional.

ABSTRACT

In the present investigation was not carried out a descriptive study experimental, based on a mixed, mainly quantitative design, combining it with qualitative analysis of the information. The same one took place in the understood period of December from 2012 to May of 2013, with the objective of characterizing the emotional regulation in adolescents from 12 to 15 years with Arterial Essential Hypertension, assisted in the consultation of Cardiology and Cardiovascular Rehabilitation of the Pediatric Educational Hospital "José Luis Miranda", of Santa Clara.

The sample was conformed by 20 adolescent hypertension and 20 adolescent normotensos. The used techniques were: He/she interviews psychological semi-structured, Inventory of anxiety feature. state, infantile (IDAREN) version, Inventory of Infantile Depression of Kovacs (CDI), Inventory of expression of the anger state-feature (STAXI - 2), it climbs "Difficulties in the Emotional" Regulation in Spanish (DERS-AND) for adolescents, Scale of psychological Well-being for adolescents (BIEPS-J), Inventory of Juvenile (IPJ) Problems, RAMDI (direct method), Test of Family (FF-SIL) Operation, Questionnaire of parents' perception on the emotional regulation of their children, Revision of official (school File and Clinical History) documents and Observation.

For the prosecution of the data the statistical package SPSS version was used 15.0, enriched with a qualitative analysis. Among the main results, they stand out significant differences as for the characteristics of the emotional regulation between the adolescent normotensos and hypertension. Also, it was possible to demonstrate that these last are characterized to present difficulties in the indicators of the emotional regulation that influence, next to other variables, in the control of the illness hipertensiva.

Key words: adolescents, arterial essential hypertension, emotional regulation.

Índice

INDICE

INTRODUCCION	15
CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Epígrafe 1: La hipertensión arterial esencial como problema de salud en la adolescencia	20
1.1. Causas de la Hipertensión Arterial en el adolescente	23
1.2. Factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en el adolescente	23
1.3. Prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial esencial en la adolescencia	25
Epígrafe 2: Emociones e Hipertensión Arterial: necesidad de regulación emocional	27
2.1. Ansiedad e Hipertensión Arterial Pediátrica	29
2.2. Ira e Hipertensión Arterial Pediátrica	31
2.3. Depresión e Hipertensión Arterial Pediátrica	33
2.4. La Regulación Emocional: perspectivas para su estudio	35
Epígrafe 3. Peculiaridades de la esfera emocional en la adolescencia	39
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Diseño Metodológico	45
2.2. Descripción de la muestra	45
2.3. Distribución de la muestra	47
2.4. Variables de estudio	47
2.5. Descripción de las técnicas e instrumentos empleados	54
2.6. Procedimiento general de la investigación	65
2.7. Procesamiento de los datos	66
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
3.1. Caracterización de la Regulación Emocional en adolescentes con Hipertensión Arterial esencial, según los indicadores establecidos	69
3.2. Análisis de la relación entre las características de la regulación emocional y el control de la enfermedad, en adolescentes con Hipertensión Arterial esencial	82
3.3. Análisis comparativo de las características de la regulación emocional entre adolescentes con Hipertensión Arterial esencial y adolescentes normotensos	91
3.4. Análisis integral de los resultados	96
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	111

Introducción

INTRODUCCION

En la actualidad, resulta una cuestión cada vez más importante prevenir las enfermedades crónicas, así como comprender su relevancia, puesto que el impacto de las mismas está creciendo de forma sostenida en numerosos países desarrollados y subdesarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2008 citado en Pedraza, 2009), convirtiéndose en una cuestión de especial importancia en el ámbito de la salud y en uno de los principales desafíos que asume la humanidad en el siglo XXI.

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las enfermedades crónicas que afectan al ser humano en todo el mundo. Es reconocida como un notable problema de salud, que determina una importante causa de morbilidad, constituyendo, a la vez, un factor de riesgo que aumenta la susceptibilidad de padecer eventos coronarios y accidentes vasculares encefálicos (Corredera, Villar, González y Gómez, 2009). Por tanto, produce en nuestra sociedad un impacto sanitario, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo se podrá reducir si realizamos un correcto diagnóstico, un tratamiento adecuado y un control eficiente de la tensión arterial (TA) en todos los pacientes hipertensos.

Si bien durante muchos años fue habitual pensar que la HTA era una enfermedad exclusivamente de los adultos, hoy en día constituye una enfermedad de interés en el niño y el adolescente (Gazzara, Álvarez, Barrenechea, Basso, Bernadá, Bonelli. . . Velazco, 2002). Durante las últimas décadas, la concepción de la HTA pediátrica se ha transformado a partir del reconocimiento, cada vez mayor, del inicio de la Hipertensión adulta en etapas tempranas de la vida.

Específicamente en Villa Clara, la “Dirección Provincial de Salud Pública”, cuenta con datos actualizados hasta diciembre del 2012 de los adolescentes hipertensos existentes en la provincia. En este sentido, existen 824 casos diagnosticados con HTA, entre los 10 y 18 años de edad, cifra que se ha visto incrementada respecto a años anteriores y que debe ser mayor, tomando en cuenta el subregistro que aún prevalece de los niños y adolescentes con esta patología.

En la actualidad, se considera que la HTA se puede presentar en la edad pediátrica de forma esencial y no solamente como secundaria a una enfermedad. Teniendo en cuenta lo anterior, es ampliamente reconocido en estos tiempos su carácter multicausal, lo que obliga a la evaluación de efectos interactivos entre diversas variables sobre la presión arterial (PA).

El padecimiento de la HTA esencial en los adolescentes, supone una situación de crisis y un acontecimiento que influirá inevitablemente en el estilo de vida habitual del mismo. En este sentido, la familia, la escuela y otras instituciones comunitarias, así como el medio ambiente alrededor de los

adolescentes son decisivos para lograr una adecuada salud y desarrollo vital. La repercusión psicológica de los cambios propios de la etapa, así como los asociados a la enfermedad, no ocurrirán de manera lineal, sino que se expresarán de manera particular e irrepetible en cada adolescente y dependerán de sus condiciones internas y de las influencias que ejercen los contextos de desarrollo que le rodean (Pedraza, 2009).

Conjuntamente con el impacto que produce en el adolescente, la HTA constituye una de las tantas enfermedades donde los factores psicológicos tienen un peso crucial en el debut y evolución de la misma. Precisamente, dentro de dichos factores han sido frecuentemente estudiadas las emociones, por su implicación en el proceso de salud- enfermedad del individuo, ya que presentan un alto poder adaptativo, directamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos (Cano-Vindel y Miguel Tobal, 2001; Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 1998, citados en Molerio, 2004), sin embargo, las investigaciones en este sentido se circunscriben a etapas adultas de la vida, resultando aún muy escasas en niños y adolescentes.

Por tanto, desde una perspectiva funcionalista contemporánea, se enfatiza el importante rol que presentan las emociones para las diferentes facetas y esferas de la vida de un individuo. Pero, cuando resultan inapropiadas, pueden incidir en muchos de los problemas cotidianos y diversas formas de psicopatología. De manera que las emociones pueden beneficiar la salud en la misma proporción que pueden dañarla, donde mucho depende de la capacidad de la persona para regularlas con éxito y eficiencia.

De esta forma, en los últimos 20 años se han incrementado notablemente los estudios acerca de la regulación emocional, como variable importante para el desempeño, ajuste y bienestar de las personas (incluyendo niños y adolescentes), constatándose su vinculación con dificultades en el área social y personal (Ato, González, y Carranza, 2004; Molerio, 2004; Silva, 2005; Gross y Thompson, 2006).

En este sentido, en los últimos 10 años se han desarrollado investigaciones en nuestro país y esencialmente en la provincia de Villa Clara, donde se ha evidenciado cómo los estados emocionales (fundamentalmente la ansiedad, la depresión y la ira) juegan un papel importante en el surgimiento y curso de la HTA esencial, en interacción con otras variables también psicológicas y de otra naturaleza. Sobre la base de estos resultados, se ha perfilado la regulación emocional como una variable que puede estar especialmente implicada en las dificultades del adolescente hipertenso, para ofrecer una respuesta emocionalmente ajustada a las exigencias sociales, en correspondencia con sus necesidades y metas personales y, por lo tanto, presentar emociones displacenteras y disfuncionales que incidan en la falta de control y agravamiento de su enfermedad.

Por lo tanto, es necesario profundizar en las características de la regulación emocional de estos pacientes y su posible influencia en el desarrollo de la enfermedad, integrándose el presente estudio al Programa Ramal de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, a través del Proyecto denominado “Estrategias para

la detección precoz y seguimiento de la HTA en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud”, auspiciado por el Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de la ciudad de Santa Clara, conjuntamente con la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, donde se realizan tareas relacionadas con el conocimiento y comprensión de los factores que deben ser considerados al abordar la HTA pediátrica. En tal sentido, se pretende realizar una caracterización de la regulación emocional en adolescentes con HTA esencial, en interacción con otras variables, lo que puede representar en los adolescentes un riesgo o protección ante la enfermedad.

De esta manera, la presente investigación se plantea como **problema científico**:

- ❖ ¿Qué características presenta la regulación emocional en adolescentes de 12 a 15 años de edad con Hipertensión Arterial Esencial, de la provincia de Villa Clara?

A partir de lo cual se plantea como **Objetivo General**:

- ❖ Caracterizar la regulación emocional en adolescentes de 12 a 15 años de edad con Hipertensión Arterial Esencial, de la provincia de Villa Clara.

Objetivos específicos:

- 1.Describir las características de la regulación emocional en adolescentes de 12 a 15 años de edad con HTA esencial, pertenecientes a la provincia de Villa Clara, teniendo en cuenta los indicadores de análisis establecidos.
- 2.Analizar la influencia de la regulación emocional en el control de la enfermedad, en adolescentes de 12 a 15 años de edad con HTA esencial, de la provincia de Villa Clara
- 3.Comparar las características de la regulación emocional entre adolescentes con HTA esencial y adolescentes normotensos, de 12 a 15 años de edad, de la provincia de Villa Clara.

Por tanto, la novedad teórica de la presente investigación consiste en ofrecer una caracterización de la regulación emocional en adolescentes de 12 a 15 años de edad que presentan HTA esencial, lo cual permitirá comprender no sólo la vulnerabilidad ante la enfermedad a que pueden conllevar estos aspectos psicológicos en dichos adolescentes, sino también entender cómo pueden constituir una protección ante la misma, en aquellos adolescentes cuyos niveles de regulación propicien un bienestar emocional, con influencia positiva en el control de la HTA. Es necesario destacar que la regulación emocional en etapas tempranas de la vida, ha comenzado a ser estudiada con mayor auge en los últimos 20 años, vinculándose muchas veces a problemas de salud determinados, resultando aún insuficientes las investigaciones en este sentido. En nuestro país, los estudios vinculados a este tema son pocos actualmente, lo cual resalta la novedad y utilidad teórica señalada anteriormente. Además, posibilita el establecimiento de nuevas interrogantes científicas en esta área de la ciencia psicológica.

Muy vinculado a lo anterior, en el orden metodológico y en colaboración con otra investigación que se ha desarrollado paralelamente a esta, se aporta un instrumento para el estudio de la regulación emocional en adolescentes, así como para uno de los estados que pueden derivarse de las dificultades en esta esfera: la depresión. Dichos instrumentos (Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español para adolescentes), pueden ser utilizados en los adolescentes atendidos en los diversos centros de salud e, incluso, en centros escolares donde se encuentren los mismos. La presente investigación se basa en un diseño Integrador (mixto), el cual permite obtener una mayor variedad en la perspectiva del problema. Se ofrece, en sentido general, una metodología para el diagnóstico psicológico de adolescentes hipertensos, que puede ser utilizada en las consultas multidisciplinarias donde son atendidos los mismos. Presenta, además, un diseño descriptivo en el que se hace una caracterización de la regulación emocional, teniendo en cuenta otras variables de múltiple naturaleza.

En el orden práctico, en esta investigación se ofrece un diagnóstico psicológico de adolescentes con HTA, lo cual puede servir de base para el diseño de estrategias de prevención, evaluación psicológica y tratamiento de adolescentes con HTA esencial, desde un enfoque integrador y multidisciplinario.

En cuanto al contenido del informe de investigación, está estructurado en tres capítulos. El marco teórico referencial está planteado en el Capítulo I, en el cual se aborda la HTA esencial como problema de salud en la adolescencia, factores de riesgo de la misma, causas y tratamiento. Además, se hace una profundización en las emociones y su relación con la HTA, abordándose la regulación emocional y su influencia en el logro del bienestar emocional. De igual manera, se hace alusión a las peculiaridades de la esfera emocional en la adolescencia como etapa del desarrollo y la repercusión de los contextos socializadores como obstaculizadores o facilitadores de una adecuada regulación emocional.

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 el cumplimiento del objetivo general.

En el tercer capítulo se recogen los resultados obtenidos en la investigación, ofreciéndose en el mismo las principales características psicológicas de la regulación emocional y de los estados emocionales de ansiedad, depresión e ira como resultado de dificultades en dicha regulación, se describe la influencia que todo ello presenta para el control de la enfermedad en adolescentes con HTA esencial y se realiza una comparación entre las características de la regulación emocional entre normotensos (grupo testigo) e hipertensos (grupo de estudio). Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Capítulo 1

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Epígrafe 1. La Hipertensión Arterial Esencial como problema de salud en la adolescencia.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente las de origen vascular (daños en los vasos sanguíneos), conocidas como “Enfermedades vasculares” son reconocidas como los principales retos y prioridades para los diferentes sistemas de salud en todos los países desarrollados y en vías de desarrollo (Alfonzo, 2010).

Cuba no está exenta de ese desafío, siendo la Hipertensión Arterial esencial una enfermedad que representa un problema de salud, constituyendo el factor de riesgo más importante en el origen de enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y de la insuficiencia renal crónica. Se conoce, además, que en Cuba hay un número considerable de personas con HTA y, específicamente en nuestra provincia de Villa Clara, la Dirección Provincial de Salud Pública posee datos actualizados hasta diciembre de 2012, en cuanto al total de personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad, arrojando una cifra de 156 876 pacientes.

La etapa infanto-juvenil no se encuentra fuera de esta problemática. Se conoce que la PA en niños y adolescentes es un parámetro que aumenta progresivamente en relación al crecimiento y desarrollo corporal a lo largo de los años. Por este motivo, los valores de normalidad tienen que considerar conjuntamente la edad, sexo, peso y talla (Lurbe y Torró, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la edad pediátrica la presión sanguínea normal se define como una presión arterial sistólica (PAS) y/o presión arterial diastólica (PAD) < percentil 90 para sexo, edad y peso, mientras que la Hipertensión es definida como una PAS y/o PAD superior al percentil 95 para el peso, la edad y el sexo, tomada en 3 ocasiones separadas. Adolescentes con tensión normal alta (prehipertensos) son aquellos de alto riesgo para desarrollar Hipertensión, que se presentan con cifras de PAS y/o PAD mayor al percentil 90 pero < percentil 95 (Gastelbondo y Céspedes, 2005).

La HTA constituye un proceso que avanza, en muchos casos, con síntomas casi imperceptibles, no detectables por el sujeto que la presenta. Se estima que, en el 30% de los casos y durante un largo período de la enfermedad, es asintomática. Muchos piensan que el dolor de cabeza, por ejemplo, se asocia a la Hipertensión, pero no siempre es así, ya que existen hipertensiones con cifras elevadas que no tienen este síntoma. Pero a estas elevadísimas cifras, habría que añadir un número incalculable de personas que, sin saberlo, viven con el riesgo de sufrir una crisis hipertensiva, al tiempo que, día a día, pueden estar afectándose funciones vitales de su organismo como las del corazón, el cerebro, los riñones y la retina.

Según Gastelbondo (2005), es muy importante identificar la Hipertensión en la población pediátrica, ya que la enfermedad del adulto puede tener su origen en la niñez con la posibilidad de complicaciones a largo plazo, razón por la cual en los últimos años se ha cambiado la perspectiva clínica de la TA en la infancia y adolescencia, otorgándole una mayor importancia.

Coincidiendo con lo anterior, Pérez (2004) plantea que se ha demostrado la correlación estadísticamente significativa entre los niveles de TA en la infancia y en la juventud y la HTA en la etapa adulta; siendo mayor esta correlación a partir de la adolescencia, mostrando que niveles de TA más altos en la adolescencia, se correlacionan con más altos valores de TA en la adultez temprana. En lo anterior intervienen factores genéticos y otros de riesgo más comportamentales, ambientales, entre otros.

Hace 10 años, los estudios internacionales que medían la PA en niños y adolescentes, señalaban que el 1% de los menores tenía Hipertensión; sin embargo, las investigaciones más recientes demuestran que la cifra se ha elevado peligrosamente al 4,5% (Álvarez, Leyva, y Bermúdez, 2010), siendo las *cifras más reconocidas entre 2 y 3%* (Saieh y Lagomarcino, 2009).

No obstante, se puede afirmar que el diagnóstico y determinación de estas cifras de prevalencia de la HTA en la edad pediátrica, tiene de base dificultades como la HTA de bata blanca, que se incrementa en estas etapas, así como la falta de costumbre en el personal médico para medir la TA en los menores durante la consulta, todo lo cual puede derivar tanto en el subdiagnóstico como en el sobrediagnóstico (Padilla, 2008).

La aparición de la HTA en la adolescencia puede resultar perturbadora para el menor, ya que el manejo eficiente de la enfermedad, las exigencias del tratamiento y, en algunos casos, las hospitalizaciones, provocan cambios en su estilo de vida, intensificando de este modo las preocupaciones del adolescente en torno a su salud, sus relaciones con los coetáneos y familiares, el sometimiento a situaciones agudas, así como la interferencia a su independencia. Por lo cual, la aparición de una enfermedad crónica en esta etapa, resulta preocupante para el adecuado desarrollo del adolescente, por ser este un período donde su apariencia física y el ser aceptado en su grupo de iguales, así como la opinión de los mismos, se convierten en sus mayores preocupaciones. Sin contar que los conflictos y características propias de la edad pueden agudizar la baja percepción de riesgo y entorpecer la toma de conciencia y responsabilidad hacia el tratamiento.

Esta enfermedad puede, además, traer consigo repercusiones negativas que matizan el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos pediátricos (Pérez, 2006; Padilla, 2008; Pedraza, 2009; Suazo, 2010; Balsa, 2012), las cuales serán abordadas posteriormente.

Por consiguiente, los daños de la HTA esencial pueden ser disminuidos con su temprana detección, siendo muy favorables estas etapas para llevar a cabo programas de educación y autocuidado

relacionados con los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad. Detectarla a tiempo, en la infancia y la adolescencia, se verá reflejado en un diagnóstico precoz, en el tratamiento oportuno y en el mejor pronóstico de la misma en la vida adulta, para lo cual se hace necesario un conocimiento preciso de las causas y los factores de riesgo asociados a la enfermedad.

1.1 Causas de la HTA en el adolescente.

Durante muchos años, prevaleció la creencia de que las causas más frecuentes de HTA establecida en la edad infantil correspondían a las de origen secundario (Caggiani y Farré, 2006; Cortés, 2006).

No obstante, en la actualidad, la mayoría de los estudios enfatizan el carácter multicausal de la enfermedad, donde múltiples factores pueden incidir tanto en su origen como curso (Balsa, 2012b), diferenciándose la HTA del niño y adolescente, al igual que en el adulto, en esencial y secundaria.

A) Hipertensión Arterial secundaria en el adolescente:

En un gran número de casos, la presencia de HTA en la infancia es consecuencia de una serie de patologías subyacentes, cuya primera manifestación puede ser la elevación de la PA. En general, cuanto más joven es el niño y más altos son los valores de PA, más probabilidades existen que la HTA sea secundaria. Es así que del total de casos de HTA en niños, el 75- 80% son secundarios a enfermedad renal y a enfermedad renovascular.

La comprobación de cifras que constituyen una Hipertensión, de acuerdo a las tablas reconocidas como patrones válidos, debe llevar al médico a seguir una metodología de estudio que le permita destacar una causa evidente de la misma. Si los resultados son negativos, el diagnóstico primario sería de HTA esencial (Gazzara, 2000).

B) Hipertensión arterial esencial en el adolescente:

Como se señalaba anteriormente, en la adolescencia, la medida regular de la PA y un mejor conocimiento de sus factores determinantes ha llevado a cambios conceptuales que deben ser tenidos en cuenta ante el hallazgo de valores superiores a la normalidad. En la mayor parte de las hipertensiones arteriales del adolescente, no es posible identificar ninguna causa subyacente de dicha enfermedad.

Por lo tanto, la HTA esencial, de origen desconocido o múltiple, tiende a tornarse más frecuente en niños mayores y adolescentes, estando presente aproximadamente en un 30 % de los niños hipertensos, mientras que, en la adolescencia, las cifras se incrementan a un 80-100% (Suárez, Rodríguez, Tamayo y Rodríguez, 2009). Razón por la cual, la identificación cada vez mayor de adolescentes con HTA esencial conlleva la aceptación general de que la misma tiene sus raíces en época pediátrica, por lo que la precoz optimización del control de la PA puede reducir la prevalencia de HTA en la edad adulta con el consiguiente descenso de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Las múltiples investigaciones realizadas en este sentido, unido a la medida más regular de la PA en los adolescentes, ha permitido esclarecer que la HTA esencial es muy frecuente en estos años de la vida y que la PA depende no solo del volumen de sangre que circula y de la resistencia que ofrezcan los vasos a su paso, sino también de diversos **factores de riesgos** que puedan contribuir a su elevación.

1.2. Factores de riesgo asociados a la HTA en el adolescente.

Como plantean Torró y Lurbe (2008), cuando las cifras de PA se presentan altas en etapas tan tempranas de la vida, indica que los factores responsables tienen un fuerte impacto y con una posible acción combinada de varios de ellos. Estaríamos hablando de factores de riesgo propiamente, ampliados más adelante. De este modo, Málaga (2007) destaca cómo en la HTA esencial parecen combinarse dos tipos de factores: un factor inicial de origen genético y un factor amplificador de origen ambiental, que incide en el aumento progresivo de la TA hasta llegar a la HTA del adulto.

Munist y otros (Munist, Santos, Kotliarenko, Infante y Grotberg, 1998), definen 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.

Sin embargo, hoy se conoce que, para el estudio de dichos factores, no sólo se deben tener en cuenta aquellos que puedan provocar daños en la salud, sino también aquellos que puedan contribuir a atenuar o eliminar dichos daños (factores protectores), dentro de los cuales podemos mencionar: las potencialidades, capacidades, habilidades y recursos psicosociales con que cuentan las personas. De esta forma y apoyados en las ideas del Enfoque Histórico Cultural, se enfatiza la importancia de abordar al ser humano de manera integral, considerando también sus potencialidades, más aún en etapas tempranas de la vida donde la personalidad se encuentra en pleno desarrollo.

Igualmente, 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. Por lo tanto, como plantea Munist (Munist et al., 1998), existe 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.

Otras ideas primordiales en el enfoque de riesgo se vinculan al hecho de que existe una relación bidireccional: los factores de riesgo influyen en el desarrollo y curso de la enfermedad y, a su vez, son influidos por ésta.

En otro sentido, se puede afirmar que los factores de riesgo se integran en comportamientos complejos que hacen al individuo más vulnerable de enfermar. De esta manera, muchos son los autores en

afirmar que dichos factores, cuando concurren en un individuo, no actúan de forma individual, sino conjuntamente con otros. Precisamente, el abordaje de los factores de riesgo asociados a determinado trastorno implica un enfoque multidisciplinar, ya que, generalmente, confluyen interrelacionadamente para determinar el riesgo que puede presentar una persona ante la enfermedad.

Al igual que en los adultos, la HTA esencial en la edad pediátrica se asocia a múltiples factores, existiendo tres grandes categorías: los factores biológicos clásicos (raza, sexo, edad y antecedentes familiares), los factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación, hábitos tóxicos, sedentarismo y obesidad, entre otros) y los factores psicosociales (Fernández-Abascal, Martín, y Domínguez, 2003).

En este sentido, se han desarrollado investigaciones desde el 2004 hasta la fecha en Ciudad de la Habana, Santiago de Cuba, Villa Clara y otras provincias, en las cuales se ha encontrado que, dentro de los factores de riesgo biológicos y comportamentales, el que se encuentra con mayor frecuencia es el antecedente familiar de HTA, seguido por la obesidad y tabaquismo (fundamentalmente pasivo), así como el sedentarismo (Mellina, González, Moreno, Jiménez y Peraza, 2001; Mijares, 2005; Llapur y González, 2006).

En estudios realizados en otros países se han encontrado resultados similares, concluyendo que existen una serie de factores de riesgo que influyen en el aumento de la TA: tener sobrepeso u obesidad, inactividad física, altos aportes de sal, bajos aportes de potasio, no comer frutas ni vegetales, tabaco y diabetes, entre otros (Álvarez, de Rivas, Martell y Luque, 2004; Lagomarsino, 2005). Es preciso señalar que en algunos de estos factores, los resultados no son concluyentes en este sentido (Caggiani y Farré, 2006; Cortés, 2006).

Respecto a los factores de riesgo, los psicosociales constituyen aquellas características, procesos o estados de la personalidad y/o de su contexto social, que ponen en riesgo la salud (Pérez, 2006), siendo los más comúnmente asociados a la HTA: los estados emocionales como depresión, ansiedad e ira; la personalidad patológica o rasgos disfuncionales de personalidad (Fernández-Abascal et al., 2003; Molerio, 2004; Cea, Brazal y González-Pinto, 2005). Igualmente, otros factores han sido estudiados, pero en menor proporción, tales como el aislamiento o falta de apoyo social (Fernández-Abascal et al., 2003) y las creencias y representaciones sociales (Granados y Gil, 2007; Beléndez-Vázquez, Bermejo y García, 2005).

Las investigaciones sobre estas y otras variables psicológicas y su asociación con la HTA se circunscriben mayormente a la etapa adulta. En este sentido, se aprecian preponderantemente factores vinculados a las emociones y la personalidad, siendo los más significativos en el estudio de los trastornos cardiovasculares. Es por ello que se dedica un acápite a las variables emocionales, además de estar relacionado este contenido con el tema central de la investigación.

1.3. Prevención y tratamiento de la HTA esencial en la adolescencia.

Si bien el conocimiento y profundización en los factores de riesgo asociados a la HTA permiten la mejor y más eficaz prevención de esta enfermedad en sus diferentes momentos, incluso, antes de manifestarse clínicamente como tal, en las edades tempranas de la vida este tópico adquiere una relevancia especial. Precisamente, se podrían desarrollar acciones preventivas de la forma más oportuna posible, actuando sobre los procesos patológicos en su raíz, ya que promoviendo un niño sano se podría lograr un adulto también más sano y sería una de las medidas más eficaces y económicas en el ámbito de la atención de salud (Ardura, 2000).

Las ideas anteriores cobran mayor fuerza si se considera que la mayor parte de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas y/o no transmisibles, son en su mayoría factores que tienen en su base comportamientos de la persona, perfectamente modificables, que comienzan a formarse desde la niñez, con la influencia de la familia, la escuela, los iguales, etc., en interacción con la propia individualidad del menor. Es precisamente en la niñez donde resulta más efectiva la prevención, cuando los hábitos y la personalidad en general, se están formando.

Generalmente, como parte importante de estas estrategias preventivas en edades tempranas, vinculadas a la HTA, se propone considerar los estilos de vida, los hábitos nutricionales, el patrón de conducta personal, la estructura social y las variables biológicas. También las emociones, asociadas de manera importante a dicha enfermedad, pueden educarse desde temprano para que se reduzca el riesgo de cronificarse la misma.

El reconocimiento de que la HTA se inicia en etapas tempranas de la vida, conduce a una importante premisa en la prevención de esta enfermedad: la optimización de la PA en la edad pediátrica puede reducir la prevalencia de la HTA en el adulto, lo que se revierte, a su vez, en una disminución de los valores de mortalidad y morbilidad cardiovascular asociados a la enfermedad en cuestión.

En cuanto al tratamiento, su objetivo fundamental en la HTA en la edad pediátrica, de forma similar al adulto, persigue la reducción de las cifras tensionales de manera que se logren ubicar por debajo del percentil 95 para la edad, talla y peso del paciente, así como prevenir las lesiones en los órganos diana. Se conoce, además, que el abordaje terapéutico de la HTA en adolescentes debe contener no solamente el uso de fármacos sino también la aplicación de medidas no farmacológicas. La decisión de llevar a cabo dichas conductas, se toma en función de los valores de TA, de la presencia de una etiología definida y de la evaluación de los posibles factores de riesgo (Álvarez et al., 2004).

En cuanto al tratamiento farmacológico, que no es más que el uso de medicamentos para controlar la HTA, existen criterios para su utilización. Se plantea que solamente en aquellos niños que no normalizan sus cifras tensionales, luego de introducir los cambios en su estilo de vida, serían entonces

derivados al especialista para su tratamiento farmacológico (Lemos, Miño, Ortellado y Lukeštk, 2006).

El tratamiento no farmacológico en la adolescencia se corresponde con modificaciones en el estilo de vida. Es necesario reiterar que dichas modificaciones no deben aplicarse únicamente antes de las medidas farmacológicas, sino que deben continuar llevándose a cabo de forma simultánea a las mismas (Lurbe, 2010).

Este tratamiento integra fundamentalmente, según Lomeli (2008), los siguientes aspectos:

1. Reducir el peso como parte del tratamiento primario para la HTA relacionada con obesidad. Prevenir el exceso y la ganancia anormal puede ayudar a disminuir el incremento de la PA.
2. Actividad física regular y restricción de la vida sedentaria, que puede ayudar a mantener el peso ideal y disminuir la presencia de HTA.
3. Modificación de la dieta en el adolescente (incremento de vegetales, frutas y reducción del sodio), sobre todo en aquellos que se encuentran en el rango de pre-hipertensión.
- 4- Retardar lo más posible la ingestión de bebidas alcohólicas en aquellos adolescentes que no se han iniciado en dicho consumo.
- 5-Disminución de actividades sedentarias, como la TV y videojuegos, lo cual se recomienda que se haga en menos de 2 horas por día.

En este sentido, Pérez (2006) señala que resulta necesario involucrar a toda la familia en los cambios de la formación del estilo de vida explicados anteriormente, pues así se facilita en gran medida la adherencia del adolescente al tratamiento, además de sentirse apoyado en este aspecto.

Con relación a lo anterior, la falta de adherencia al tratamiento incluye tanto al farmacológico como al no farmacológico, siendo un elemento determinante en un número importante de pacientes, tanto para el curso, la evolución como para el pronóstico de la HTA. En dicha adherencia inciden múltiples variables, entre las cuales resaltan las creencias del paciente en torno a la enfermedad, la percepción de los síntomas que posee, las recomendaciones terapéuticas, el autocontrol y voluntad del paciente, su edad, entre otras (Zaldívar, 2007).

De cualquier forma, el tratamiento de la HTA en las etapas tempranas de la vida, muchas veces resulta más complicado que en el paciente adulto, necesitándose de manera especial el esfuerzo conjunto de especialistas de diversas disciplinas, para que se convierta en un tratamiento integral que atienda a las necesidades de naturaleza múltiple que presentan estos pacientes, evitando el progreso de la enfermedad, así como la aparición de emociones displacenteras que contribuyan a la agudización de la misma y al malestar subjetivo de la personalidad.

Epígrafe 2: Emociones e Hipertensión Arterial en la adolescencia: necesidad de la regulación emocional.

Por su vital trascendencia para el ser humano, las emociones se han convertido tradicionalmente en un área de estudio y experimentación de gran relevancia.

Precisamente por esto, Molerio (2004) recoge una síntesis sobre las diferentes corrientes teóricas que han abordado las emociones, que pueden resumirse de la siguiente forma (Padilla, 2008): teoría evolucionista, la perspectiva psicofisiológica, perspectiva neuropsicológica, perspectiva psicodinámica, perspectiva cognitiva y, más recientemente, se ha desarrollado la perspectiva psiconeuroinmunológica.

Dentro de las corrientes antes mencionadas, resulta de especial interés aquella que se centra en la dimensión cognitiva, entendida ésta como el proceso de interpretación, evaluación y valoración del estímulo o acontecimiento que en un momento determinado afecta a un individuo.

Este modelo le confiere especial relevancia a los procesos cognitivos en el estudio de la emoción, donde se sustenta que la activación de una respuesta emocional está vinculada básicamente a los procesos de valoración. Es en este sentido que las distintas teorías de la valoración, se centran en el hecho de cómo las emociones son evocadas y se diferencian en base a evaluaciones subjetivas de las personas o a valoraciones de relevancia personal de la situación, o del objeto, etc. (Ekman, 1992; Frida, 1986; Lang, 1987; Lazarus, 1999; Lewis, 2000; Mayne y Bonnano, 2001; Russell, 1980; Scherer, 2000, citados en Molerio, 2004).

Estos planteamientos son considerados muy importantes ya que, como plantean Pérez y Redondo (2002), es evidente que existe un paso intermedio entre el estímulo y la reacción que permite a la persona responder de un modo particular y no de otro a la ocurrencia de dicho estímulo. A ese proceso intermedio muchos autores le han denominado “valoración” y tiene la posibilidad, más o menos probable, de cambio en el bienestar o equilibrio de la persona que lleva a cabo el análisis de la situación.

Teniendo en cuenta lo anterior, no caben dudas que es necesario ver la emoción como un proceso, el cual tiene que ver con la respuesta que se origina como consecuencia de la valoración de un estímulo o situación. Por tanto, la emoción es una experiencia afectiva, en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo (Oatle, 1992 citado en Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas, 2009).

Además de los procesos cognitivos, las emociones se encuentran conectadas a las necesidades más esenciales del ser humano (Palmero, 1997), siendo múltiples las funciones que le son adjudicadas, como parte de una perspectiva funcionalista que ha cobrado mayor auge en los últimos años.

Por lo tanto, en la actualidad se enfatiza el rol de las emociones como reguladoras y determinantes del comportamiento intra e interpersonal y en su función adaptativa y organizadora, entendiéndose como flexibles, contextualizadas y dirigidas a metas, al combinar necesidades del individuo con demandas del medio (Rendón, 2007). Precisamente, Reeve en 1994 (citado por Chòliz, 2005), resume tres importantes funciones de la emoción: motivadora de la conducta, social y adaptativa y de supervivencia, siendo esta última en la que convergen la mayoría de los autores (Palmero, 1997; Molerio, 2004; Ramos, Piqueras, Martínez, y Oblitas, 2009; Ortega, 2010).

También en la presente investigación se le otorga un peso fundamental a la función adaptativa, considerando una de las funciones más importantes de la emoción, la de preparar al organismo para que lleve a cabo eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales. Dicha función adaptativa va a depender de la evaluación que haga la persona del estímulo que pone en peligro su equilibrio, y de la respuesta que genere para afrontar ese estímulo. Las emociones presentan tendencia a la adaptabilidad cuando existe correspondencia entre la intensidad y duración de los estados emocionales con respecto a la situación que los originó y cuando los estados emocionales conducen a dar una respuesta efectiva a la situación que los provocó (Pedraza, 2009).

Conociendo lo anterior, se asumen las emociones como procesos afectivos que, frente a una amenaza a nuestro equilibrio, ya sea físico o psicológico, actúan para restablecerlo, ejerciendo así un papel adaptativo y contribuyendo al bienestar subjetivo. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, pueden propiciar la desorganización de las respuestas emocionales de las personas, llegando, incluso, a provocar la aparición de estados patológicos que pueden afectar su salud (González de Rivera, 2001 citado en Molerio, 2004), dejando así de ser procesos adaptativos e influyendo en la contracción de enfermedades.

De esta forma, se comprende cómo las emociones, todas, encierran un potencial tanto de riesgo como de protección. En este sentido, la evaluación del papel de las emociones en la salud humana se ha caracterizado por el reconocimiento de dos polos de la respuesta emocional, que se dividen según la experiencia hedónica que proporcionan: las emociones placenteras y las emociones displacenteras. Sin embargo, aunque hoy día existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones placenteras potencian la salud, mientras que las displacenteras tienden a disminuirla, este vínculo entre las emociones y la salud va mucho más allá de estos elementos (Molerio, 2004).

En tal sentido, las emociones actúan a través de diferentes vías, siendo comprendidas como variables psicológicas que pueden constituirse en factores de riesgo para la aparición de enfermedades; como

factores que afectan los hábitos de salud; como elementos que pueden afectar, agravar también el curso de una enfermedad y/o, finalmente, distorsionar la conducta de los enfermos, condicionando que tome decisiones o adopte actitudes que dificultan el proceso de curación; pero igualmente, emociones como la alegría y el optimismo han sido consideradas en su papel potenciador de la salud (Chòliz, 2005).

Como se ha venido enfatizando, la HTA constituye una de las numerosas enfermedades en las que se plantea que los factores psicológicos desempeñan un importante papel en su origen y evolución, fundamentalmente las emociones, ya que presentan un alto poder adaptativo y están directamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos, que, de alguna manera, están implicados en el proceso salud-enfermedad.

Se hace necesario señalar que la mayoría de los estudios relacionados con las emociones y la HTA, se han realizado generalmente en adultos hipertensos. No obstante, en la actualidad, las investigaciones también se dirigen a la infancia y adolescencia y se destacan las llevadas a cabo en el territorio, específicamente en la provincia de Villa Clara, realizadas por Pérez (2006), Padilla (2008), Pedraza (2009), Suazo (2010) y Balsa (2012), las cuales han arrojado información de gran interés sobre variables psicológicas asociadas a la HTA en etapas tempranas del desarrollo.

Específicamente, los resultados se han enfocado en tres estados emocionales: la ansiedad, la depresión y la ira, coincidiendo con las investigaciones realizadas con adultos hipertensos, tema que será abordado a continuación.

2.1. Ansiedad e Hipertensión Arterial Pediátrica.

Lazarus en 1977 (citado en Palmero, 1997), se refiere a las emociones agudas, como aquellas respuestas con características de brevedad e intensidad, siendo entonces los estados emocionales emociones más duraderas, que también están basados en los juicios acerca de la relación entre la persona y su ambiente, aunque su implicación es mucho más amplia y duradera que la de las emociones agudas. Palmero (1997) enfatiza que, tanto unas como otras, expresan el resultado del análisis cognitivo y el impulso para la acción, sobre la base de las connotaciones de amenaza o de beneficio para el organismo.

Es así que los estados emocionales pudieran conceptualizarse en términos de vivencias emocionales prolongadas y profundas, directamente relacionadas con las necesidades, intereses y aspiraciones del adolescente.

La ansiedad es uno de los estados emocionales que mayor incidencia ha tenido en el debut y evolución de la HTA, tanto en la población infanto-juvenil como adulta. Por esta razón, se hace necesario profundizar en la misma.

Se considera que el término ansiedad puede verse en diferentes niveles de significación, como función activadora que facilita la capacidad de respuesta del individuo ante los peligros o demandas vitales exigentes. También puede expresarse como rasgo de la personalidad, síntoma, síndrome o entidad nosológica. Cuando ésta es excesiva en intensidad, estructuración, frecuencia, duración e interfiere en el proceso de desarrollo psicológico del adolescente o aparece asociada a acontecimientos que representan una amenaza real para el funcionamiento del sujeto, puede ser considerada como ansiedad clínica (Vera, 2008 citado en Pedraza, 2009).

Esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos.

En su investigación, Suazo (2010) define la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado. La primera puede ser entendida como las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias en cuanto a la característica de responder ante situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones de la intensidad de la ansiedad estado. En los niños y adolescentes, esta ansiedad es percibida como una tendencia más que como un rasgo totalmente estable en su personalidad, pues ésta se encuentra en proceso de formación y desarrollo. La ansiedad como estado sería aquella condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación, nerviosismo, aprensión, etc., asociados a la elevada activación del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o pánico.

Los estados de ansiedad en los adolescentes se expresan en términos de conductas ansiosas como: intranquilidad y cambios en su conducta habitual. Cuando presentan niveles altos de ansiedad, suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores (Pedraza, 2009). Igualmente, la manifestación de mayor rebeldía y rompimiento de normas sociales pueden ser comunes en estados de ansiedad en la adolescencia.

Por esta razón, es de vital importancia el estudio de la misma, ya que la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de inseguridad y conflictos, lo que trae consigo que la ansiedad se vivencie de forma más intensa. Además, es preciso señalar que las manifestaciones de ansiedad en estos adolescentes van adoptando un matiz peculiar en la medida que se produce el desarrollo, pero, a la vez pueden surgir algunos síntomas, tanto emocionales como físicos.

En adultos, Heine, Sainsbury y Chynoweth (1969); Friedman y Bennet (1977) y Molerio (2004), entre otros, han encontrado una relación significativa entre la ansiedad y la HTA. A pesar de ello y

conociendo los daños a la salud provocados por la ansiedad, son muy escasas las investigaciones desarrolladas sobre este tema en adolescentes hipertensos.

No obstante, contamos en nuestra provincia con algunas investigaciones que avalan que la ansiedad se presenta de forma significativa en niños y adolescentes con diagnóstico de HTA esencial. En la caracterización del funcionamiento emocional en hipertensos de 10 a 12 años de edad, llevada a cabo por Padilla (2008), al evaluar las emociones que estos experimentan, se encontró ansiedad en el 71 % de la muestra estudiada; demostrando así que la ansiedad predominó más en el grupo de hipertensos que en el de los prehipertensos con los cuales fueron comparados.

En este sentido, se destaca también, la investigación de Pedraza (2009), quien trabajó con una muestra de 25 adolescentes con diagnóstico de HTA esencial, con edades comprendidas entre 12 y 15 años, en Villa Clara. Dicho estudio tuvo como objetivo realizar una caracterización de los estados emocionales de estos adolescentes (depresión, ansiedad e ira), obteniéndose como resultados importantes en cuanto a la ansiedad, que éstos experimentan con mayor frecuencia e intensidad este estado, asociado a situaciones relacionadas con la enfermedad, conflictos en el área familiar, así como a la actividad de estudio, en comparación con los adolescentes normotensos estudiados. La ansiedad en estos adolescentes se manifestó como sobre-intranquilidad, inseguridad, preocupación e inestabilidad del rendimiento intelectual, entre otros.

Además de estas investigaciones, se encuentra la desarrollada por Suazo (2010), con escolares hipertensos, donde se constató la presencia de ansiedad con tendencia a la inadaptabilidad, además de resultar estadísticamente significativa la ansiedad media y alta, como característica de personalidad en formación y como estado, tipificando dichos niveles a este grupo de pacientes.

Por consiguiente, se puede concluir que en los estudios anteriormente mencionados es evidente la presencia de niveles importantes de ansiedad en los pacientes hipertensos, predominando sobre los grupos con los que fueron comparados, por lo que se hace evidente la gran relación que existe entre ansiedad e HTA. Por tal motivo, se hace necesaria la existencia de investigaciones encaminadas al estudio de los estados emocionales que influyen en la aparición y desarrollo de la HTA, fundamentalmente la ansiedad, aunque no son menos importantes la **ira** y la **depresión**, razón por la cual estas dos últimas serán abordadas seguidamente.

2.2. Ira e Hipertensión Arterial Pediátrica.

En la década del cincuenta, se desarrolla y cobra un gran auge el Patrón de Conducta Tipo A, en manos de los cardiólogos Friedman y Roseman. En dicho patrón se incluían, como características de riesgo cardiovascular, actitudes y emociones como la ira, hostilidad, la agresión y la impaciencia. Luego, surgen una serie de estudios en los que se obtienen resultados contradictorios que llevan a

numerosos investigadores a cuestionarse el Patrón de Conducta Tipo A, admitiendo que no era un fenómeno unitario, focalizándose entonces el interés en el estudio de los distintos componentes para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares. Fue entonces cuando la ira y la hostilidad comenzaron a perfilarse como uno de los componentes del Patrón de Conducta Tipo A, con capacidad para predecir el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Krantz et al., en 1998, considera que es la variable psicológica que muestra mayor relación con la Hipertensión y los trastornos cardiovasculares (Tobal, et al., 1997 citado en Pérez y Villa, 2004).

Por su parte, Spielberger, Jacobs, Russell y Crane en 1983 (citado en Molerio, 2004) definen la ira como un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable y reconocen tres componentes de la reacción emocional de ira:

-La experiencia de ira (estado y rasgo): se refiere a los procesos subjetivos, a los pensamientos relacionados, a las sensaciones que los acompañan y a los procesos cognitivos relacionados con la hostilidad.

-La expresión de la ira (exteriorizada o interiorizada): se refiere a los aspectos observables o no en el comportamiento de una persona. Los observables pueden mostrar enfado, como son: la expresión facial, el tono y volumen de la voz, la postura, los movimientos, etc.

-Los cambios fisiológicos: es más difícil encontrar un patrón de cambio universal en la reacción de la ira, ya que existen muchas diferencias individuales, aunque la reactividad cardiovascular si parece asociarse fuertemente a ella.

Más tarde, Miguel Tobal (1994) (citado en Molerio, 2004) plantea que el concepto de ira se refiere, generalmente, a un estado o condición emocional psicobiológico displacentero que consiste en sentimientos de intensidad variable, desde la ligera irritación o enfado, hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo.

Deffenbacher y Eckhardt, en 1995 (citado en Sanz, 2011), plantean que la aparición de este estado emocional se debe a la compleja interacción de tres aspectos: una o más condiciones determinantes (estímulos); el estado psicológico individual previo a la ira y los procesos evaluativos.

Se sabe entonces que, cuando la ira estalla, se produce una ilusión de poder e invulnerabilidad que puede inspirar la agresión y las respuestas fisiológicas. Existen investigaciones que demuestran cómo dentro de estas respuestas fisiológicas se encuentra la elevación de las cifras tensionales producto a la experimentación de la ira (Pérez y Villa, 2004).

En este sentido, podemos mencionar la investigación desarrollada por Pedraza (2009), quién trabajó con adolescentes hipertensos y en la cual se demostró que, en relación con la expresión de ira, los adolescentes experimentan manifestaciones tales como el enojo, la irritabilidad, la impulsividad, que

resultan más notables en las interacciones que se producen en el seno familiar. Se pudo determinar, además, que las acciones que el adolescente efectúa para controlar sus sentimientos de enfado no resultan efectivas ante las situaciones que le resultan irritantes o enojosas.

A partir de lo anterior, se aprecia que los adolescentes hipertensos presentan niveles importantes de ira, la cual, en parte por las características de la etapa evolutiva, no tienen la capacidad de controlar, manifestándola con agresividad en ocasiones. La ira, al igual que las demás emociones, facilita la adaptación del ser humano al mundo que le rodea. No obstante, deja de ser adaptativa si se genera con mucha intensidad, frecuencia y/o se prolonga en exceso en el tiempo.

2.3. Depresión e Hipertensión Arterial Pediátrica.

La tristeza es una emoción que se hace presente en algún momento de la vida de toda persona, sólo que, en algunas, este fenómeno se intensifica de tal manera que éstas dejan de tener interés por las acciones que habitualmente realizaban, se aíslan de las personas de su entorno más cercano, como de sus familiares, sus amigos, etc., dudan de sí mismos, de sus habilidades, de sus estrategias, percibiendo al contexto de un modo negativo y afectando las diferentes esferas de actuación del sujeto (Pereira y Martínez, 2003). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que existe una relación estrecha entre la tristeza y los trastornos depresivos, ya que la tristeza es uno de los principales síntomas de la depresión, por lo cual se debe tener un eficiente control y manejo de la misma.

Por lo tanto, la tristeza se expresa en el adolescente a nivel cognitivo, cuando se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo; sólo se ve lo malo de las situaciones, o a nivel conductual, cuando suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presenta modificaciones en las facciones faciales y en la postura (Vallés y Vallés, 2000 citado en Cuervo e Izzedin, 2007). La autorregulación de la tristeza es importante en la medida en que el adolescente pueda afrontar con éxito los problemas sin llegar a la depresión.

Actualmente, se conoce que la incidencia de la depresión infantil es del 3 al 5% y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia (Cuervo e Izzedin, 2007). Por tal razón, es de suma importancia su estudio y pronta detección en la etapa adolescente, distinguiéndola de lo que puede ser considerado como un aspecto normal del desarrollo en dicha etapa (Ugarriza y Ecurra, 2002).

La depresión es otro de los estados emocionales que ha sido estudiado en relación a la HTA, con frecuencia se asocia a la ansiedad y se le suele llamar como tristeza y melancolía. Dentro de los síntomas más frecuentes de la depresión se encuentra el insomnio, tristeza, llanto, problemas de

memoria, baja concentración, desesperanza, intento de suicidio y tendencia al aislamiento (Balsa, 2012).

Diversas investigaciones indican que los sujetos con HTA presentan depresión y síntomas asociados. En este sentido, Pedraza (2009) encontró que la totalidad de un grupo de adolescentes hipertensos estudiados experimentaban síntomas de depresión, como la tristeza, el aislamiento, marcada disminución del interés en las actividades escolares, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, y por consiguiente, afectaciones en el aprovechamiento académico. Esto demuestra una posible pérdida de la función adaptativa, que puede provocar afectaciones en la personalidad del adolescente.

Por su parte, Balsa (2012) en escolares hipertensos de 10 a 12 años de edad, halló que las necesidades y dificultades de dichos escolares en cuanto a la regulación emocional, se asocian a la presencia de emociones o estados emocionales displacenteros, dentro de ellos, la depresión, traducándose en un estado de ánimo deprimido y presentación de tristeza, así como limitaciones en la percepción, expresión y comprensión emocional de los escolares objeto de estudio.

En conclusión, los niños o adolescentes con depresión, frecuentemente presentan dificultades con la interacción y con la solución de problemas sociales, lo cual puede traer consigo gran rechazo por sus iguales y una percepción de poca competencia por su entorno (Waslick et al. 2003 citado en Ramírez, 2009). Razón por la cual, la existencia de depresión en la adolescencia no solo puede contribuir al debut de una HTA, sino que también puede repercutir significativamente en el desarrollo de la personalidad del sujeto, debido a que este se centra más en sus debilidades que en sus potencialidades, lo que le impide alcanzar logros, afectando la estructuración de una adecuada autoestima, así como de su esfera emocional de manera en general.

Con lo planteado hasta el momento, se comprenden las connotaciones que estas emociones y estados emocionales presentan cuando se tornan desadaptativas y disfuncionales, pudiendo interferir en el bienestar del adolescente hipertenso, siendo, además, modificados por la enfermedad en una mutua influencia.

Pero resulta muy difícil explicar el rol que pueden jugar las emociones considerándolas por sí solas. Entender los mecanismos y las vías a través de las cuales una misma emoción, puede tener un valor adaptativo en un momento y en otro no, o cómo una misma emoción puede contribuir con nuestras metas y bienestar en un momento y en otro no, es una tarea difícil, ya que, como procesos sumamente complejos, existen multiplicidad de factores que pueden determinar la pérdida del valor adaptativo de las emociones, muchas veces actuando no de forma aislada, sino interrelacionadamente.

De esta manera, se considera que una variable que recoge gran parte de esta complejidad y multiplicidad de factores, es el proceso de regulación que el sujeto pone en marcha para modular sus emociones en cada momento. En todo este proceso emocional, mucho depende de nuestra capacidad

para regular con éxito las emociones, sobre todo cuando, como puede ocurrir a menudo, las mismas no están bien “calibradas” a los retos y oportunidades que se nos presentan.

Por lo tanto, la regulación emocional constituye una condición que puede estar en la base de la connotación adaptativa o desadaptativa de las emociones, siendo necesario profundizar en este tema, tal y como se expone a continuación.

2.4. La regulación emocional: perspectivas para su estudio.

Las habilidades de la regulación emocional emergen desde la misma infancia y suponen el núcleo del desarrollo de una propia y compleja regulación en el comportamiento y en la cognición en etapas posteriores de la vida; elementos que han contribuido a que se brinde mayor interés por este constructo desde etapas evolutivas tempranas (Balsa, 2012).

Por tal motivo, la regulación emocional ha sido abordada en Psicología por diversos autores, existiendo diferentes conceptualizaciones al respecto. Aunque quedan muchas cuestiones por comprender aún, es indudable que este campo de la psicología se ha afianzado, fundamentalmente a partir de la década de los 90 y 2000, ampliándose el espectro de análisis de la regulación emocional y sus implicaciones para la vida de las personas.

Las principales definiciones y perspectivas en el estudio de la regulación emocional se resumen por Rendón (2007) en dos grandes grupos: las definiciones por dominios o centradas en el individuo y las definiciones relacionales y centradas en el concepto de ajuste. Dentro de las primeras, se recogen una serie de concepciones acerca de la regulación emocional que la vinculan de una u otra forma a tres constructos: temperamento, afrontamiento y autorregulación conductual, convergiendo tres dominios básicos: neurofisiológico, cognitivo y motor (Scherer, 2000, citado por Rendón, 2007). Como parte de las conceptualizaciones del segundo grupo centradas en el concepto de ajuste y desde una perspectiva relacional más que individual, se encuentran gran parte de las definiciones surgidas desde la perspectiva funcionalista.

El modelo de Gross y Thompson (2006), constituye uno de los más consensuados actualmente en el campo de la regulación emocional, el cual propone una secuencia de momentos en el proceso emocional, desde que el sujeto se encuentra frente a una situación y centra su atención en ella, la evalúa y emite la respuesta emocional. Cada uno de estos momentos puede ser blanco potencial para la regulación emocional.

De esta manera, la regulación emocional se puede centrar en diferentes momentos y variables del proceso emocional, agrupándose o diferenciándose las estrategias de regulación emocional en función de cada uno de estos momentos en los cuales inciden, pero ocurriendo no aisladamente, sino de forma interrelacionada. Así, unas estrategias se centran en los antecedentes de la emoción, siendo estrategias

proactivas, según Clemente y Adrián (2004), las cuales impactan antes de que las tendencias de respuesta emocional hayan sido activadas y hayan cambiado nuestro comportamiento. Por lo tanto, se plantea cómo la persona tiene la posibilidad de acercarse o alejarse de determinadas situaciones, de anticiparse a éstas valorando el posible impacto que tendrán sobre ella, y donde el modelo cognitivo de la emoción cobra especial importancia como base a estas ideas. Mientras, otras estrategias se focalizan en las respuestas emocionales generadas.

De acuerdo con el modelo de Thompson, se comprende que la regulación emocional va más allá de lo que hace algunos años se entendía, condicionada esta evolución por la visión contemporánea de las emociones que cobra cada vez mayor fuerza: la perspectiva funcionalista, anteriormente abordada. Es así que la regulación emocional ha dejado de concebirse como simple supresión de emociones y control de impulsos, para ser comprendida como modulación de estados afectivos en función de metas, como ajuste del estado emocional con los beneficios a nivel adaptativo a que esto conlleva (Rendón, 2007).

Sobre la base de las ideas anteriores, la presente investigación se acoge a la definición de regulación emocional ofrecida por Gross y Thompson (2006), los cuales consideran que consiste en una serie de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de controlar, evaluar y modificar reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad para alcanzar un objetivo. Es importante tener en cuenta que la eficacia y adaptabilidad del proceso de regulación emocional es probablemente una función de muchos factores que actúan juntos, ya sea intrínsecos al propio proceso o externos. En este sentido y para comprender con mayor claridad el proceso de regulación emocional, se hace necesario profundizar en las diversas variables que se encuentran implicadas en el mismo. Dichas variables se presentan en cada individuo de forma particular y en correspondencia con su situación social de desarrollo, desempeñando un papel relevante en este sentido la etapa evolutiva en que los mismos se encuentren, aspectos que serán tratados a continuación.

La regulación emocional tiene como base la **percepción emocional**, la cual no es más que la habilidad para identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que nos rodean. Implica prestar atención y descodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz. Se refiere al grado en que los individuos pueden identificar convenientemente sus propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que éstas conllevan (Fernández y Extremera, 2005). Una percepción adecuada facilitará una mejor comprensión emocional.

Por tanto, la **comprensión emocional** implica la habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Implica una actividad anticipatoria y retrospectiva para conocer las causas

generadoras del estado de ánimo y las futuras consecuencias de nuestras acciones. Igualmente, supone conocer cómo se combinan los diferentes estados emocionales dando lugar a las conocidas emociones secundarias. Por otra parte, incluye la habilidad para interpretar el significado de las emociones complejas, tanto las propias como las ajenas. Contiene la destreza para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros (Fernández y Extremera, 2005). Por tanto, de la manera en que comprendamos y valoramos tanto las emociones propias, como las ajenas, surgirán entonces, las diferentes estrategias de afrontamiento que se lleve a cabo ante determinadas circunstancias.

De esta forma, emergen las **estrategias de afrontamiento**, las cuales resultan esenciales dentro del proceso de regulación emocional y se refieren, según Pérez (2006), al 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. Específicamente, en relación a las formas de afrontamiento, los investigadores plantean la existencia de dos amplias estrategias: “afrontamiento focalizado al problema”, que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes de la situación difícil y el “afrontamiento focalizado a las emociones”, que implica realizar esfuerzos para reducir o eliminar los sentimientos negativos originados por la situación difícil (Muela, Torres y Peláez, 2002), aunque también se conoce de una tercera estrategia: “afrontamiento orientado a la evitación”, el cual se refiere al uso de estrategias evasivas dirigido a rodear o evitar la situación estresante, que incluiría distanciamiento conductual y mental, negación, entre otras (Piemontesi y Heredia, 2009).

Campos, Iraurgi, Páez, y Velasco (2004), enfatizan cómo resulta muy difícil concluir cuáles estrategias son mejores, porque las formas de afrontamiento que resultan más adaptativas, son precisamente aquellas que cumplen determinadas funciones psicológicas y objetivos, (dependiendo de la persona y su contexto), tales como la función emocional (lograr disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva); función instrumental (resolver el problema); función motivacional defensiva (proteger la autoestima y mantener el autoconcepto como persona digna) y la función de integración social (manejar las relaciones sociales, manteniendo o mejorando el ajuste e integración social).

No obstante, existe un gran consenso en considerar determinado tipo de estrategias como adaptativas, destacándose aquellas que buscan cambiar el medio activamente, aumentar los vínculos con otros y cambiar la forma de pensar y sentir. Mientras, generalmente se agrupan como estrategias menos adaptativas, las que evitan acercarse a la situación; pensamientos y emociones, que se aproximan de forma extrema, rígida y que no cambian la situación o la empeoran, como la rumiación y la descarga (Campos, Iraurgi, Páez, y Velasco (2004).

También la **expresión emocional** resulta necesaria para analizar la regulación emocional. Esta variable se refiere a la habilidad para expresar los sentimientos y necesidades asociadas a los mismos,

de manera que no se produzcan tensiones entre los diferentes sistemas de respuesta involucrados y que dichas respuestas se ajusten a las normas de expresión y demandas de las situaciones sociales-culturales, pero igualmente favorezca el cumplimiento de metas y objetivos personales. Se debe tener en cuenta que la persona puede modular esta expresión, hacerla más o menos abierta, en dependencia del contexto, la situación, sus necesidades, etc., sin que ello implique un ajuste que lo dañe y de igual manera, estaríamos hablando de una correcta expresión emocional.

Además de los indicadores anteriormente mencionados, se consideran muy importantes para todo el proceso emocional y su análisis, **la interpretación, evaluación y valoración** que realiza el adolescente del estímulo o situación elicitor de dicho proceso, así como la **percepción de control**, tanto general como específica, que el adolescente posee de las diversas situaciones que se le presenten. Esta última es entendida como aquella creencia sobre el grado de seguridad que se posee para alcanzar un resultado exitoso y dominar de forma eficiente el proceso para conseguirlo (Molerio, 2004). Las creencias favorables sobre dicho control posibilitan la realización de una conducta efectiva y reducen la magnitud y duración de estados emocionales displacenteros, por lo cual facilita la adaptación y regulación emocional y, por tanto, favorece la salud. En lo anteriormente mencionado inciden múltiples factores, tales como: características personalógicas, características de la situación, sentimiento de autoestima y expectativas de autoeficacia, etc.

Considerando los elementos abordados hasta el momento, se comprende la implicación que presentan para la eficacia o las dificultades en la regulación emocional, pudiendo éstas últimas conducir a estados emocionales desfavorables. Una vez que comienzan a manifestarse dichos estados, las estrategias de autorregulación emocional que se utilicen para afrontarlos actuarían, ya sea como factores de protección o como factores de riesgo (Cuervo e Izzedin, 2007). Aunque, claro está, que la regulación emocional no es la única variable en la pérdida del valor funcional de las emociones. Para que una emoción se convierta en estado desadaptativo, influyen otros factores, tanto vinculados a la persona como al contexto social, tales como: el significado atribuido al evento que la produce, el apoyo social con que se cuenta, la edad del sujeto, etc.

De este modo, todas las dimensiones de la emoción mencionadas anteriormente (cognitiva/subjetiva, de conciencia; fisiológica; expresivo/motora, conductual), pueden tener implicación en el mecanismo por el cual las mismas pierden su función adaptativa y se convierten en perjudiciales para el individuo, ya que pueden estar relacionadas con la menor o mayor tendencia del sujeto para presentar un proceso emocional disfuncional, que conlleve a desequilibrio, desajuste y/o enfermedad.

Por tanto, se reconoce que las investigaciones acumuladas señalan la conveniencia de fomentar la regulación emocional como uno de los pilares de la socialización saludable, así como la necesidad de intervenir en aquellas situaciones tempranas, relacionadas con una pobre regulación emocional

(Keenan, 2000), lo que puede generar en el adolescente hipertenso fundamentalmente, afectaciones en el funcionamiento armonioso de la personalidad y, por ende, en el bienestar emocional.

Es evidente, entonces, que dicho bienestar se fundamenta en las vivencias y las experiencias emocionales, cuyo influjo sustentan y conmocionan los estados de ánimo. Sin embargo y coincidiendo con Paredes (2008), las personas sí cuentan con el privilegio cualitativo de valorar conscientemente la intensidad, la frecuencia y la acumulación de las emociones, lo que le posibilita la regulación eficiente de sus estados emocionales y por tanto, la obtención o no, aunque muy subjetivo, del bienestar emocional.

De esta manera, las dificultades en cuanto a la regulación emocional pueden derivar en la pérdida de la capacidad adaptativa de las emociones, conduciendo a estados emocionales determinados, cuya influencia puede ser determinante para la aparición y desarrollo de la HTA en el adolescente, en interacción con otras variables.

Precisamente, la adolescencia se convierte en una etapa vulnerable, donde la búsqueda intensa de la identidad y de la independencia, puede traer consigo el incremento de tales estados emocionales, requiriendo habilidades de regulación emocional por parte del menor, que le permitan hacer frente a las múltiples demandas de su Situación Social del Desarrollo.

Es así que las habilidades y procesos anteriormente abordados, como parte de la regulación emocional, adquieren características distintivas en la adolescencia, siendo necesario abordarlas evolutivamente, para lo cual resulta imprescindible adentrarse en dicha etapa del desarrollo.

Epígrafe 3: Peculiaridades de la esfera emocional en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por el cúmulo de cambios que se producen. A los adolescentes no sólo les afectan los cambios físicos, sino también los cambios importantes que se producen a nivel de desarrollo emocional y mental.

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). Dentro de estos cambios biológicos podemos mencionar: salida del vello púbico, transformaciones en la mandíbula, masa corporal, mareos, trastornos del sueño, incremento de la actividad del hipotálamo- secreción de hormonas, etc.

Estos cambios interrumpen con una secuencia de estabilidad alcanzada en años anteriores y pueden alterar el equilibrio emocional del adolescente, lo que contribuye a que este pueda sentirse triste, ansioso y tender a buscar la soledad, evitando las relaciones con padres y compañeros (Palacios, Marchesi y Coll, 2003). Lo cual, no sólo ocurre en el propio adolescente, sino también en las personas

que le rodean, ya que no saben si tratarlo como a un niño o como a un adulto, lo que trae consigo, relaciones conflictivas entre padre-hijo, provocando en el adolescente la presencia de estados emocionales displacenteros como: ansiedad, depresión e ira, entre otros.

Cuando las interacciones son desfavorables, se frena o distorsiona el desarrollo personal y pueden aparecer conductas que revelan dificultad en la adaptación social, tales como alcoholismo, abuso de drogas, agresividad y delincuencia (Almonte, 1985). Estos comportamientos se pueden convertir en algo usual para el adolescente durante el proceso de búsqueda de su identidad, trasladándolos a su vida futura.

Según Domínguez en el 2003, la identidad personal se puede considerar como aquella formación motivacional que permite al sujeto tener un concepto de su persona, relativamente preciso y generalizado.

A partir de lo planteado anteriormente, tiene lugar en la adolescencia “la crisis de la identidad”, la cual no es más que aquellas contradicciones internas que se producen entre las posibilidades reales del adolescente y las exigencias del medio, lo cual se puede manifestar en irritabilidad y/o retraimiento.

Esto puede ser producto, en alguna medida, del desarrollo de un nuevo y más complejo nivel de pensamiento, caracterizado por una mayor autonomía y rigor en su razonamiento, tratado en la tradición piagetiana como “pensamiento formal” (Palacios, Marchesi y Coll, 2003). Este tipo de pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro y muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior (Weissmann, 2001). Las nuevas características que se alcanzan en el pensamiento, posibilitan, además, un mejor autoconocimiento, una mayor comprensión de la emociones y un aumento de las estrategias de regulación emocional; por lo que posibilita de manera general un mayor desarrollo emocional.

David Elkind, en 1985 (citado en Palacios, Marchesi y Coll, 2003), apuntó que la capacidad del adolescente para pensar sobre su propio pensamiento y sobre el pensamiento de los demás van a llevarlo a un cierto egocentrismo. Una consecuencia de este, sería lo que él denomina como “audiencia imaginaria”, que se refiere a una excesiva autoconciencia, que le lleva a pensar que otras personas están tan interesadas en sus preocupaciones y comportamientos como él mismo. Esta tendencia explica los comportamientos exhibicionistas, aunque también podría justificar cierto aumento en la timidez en estas edades. Lo anterior demuestra el valor que el adolescente le concede a los iguales en esta etapa y la influencia que posee estos en su comportamiento, siendo en este sentido, generadores de vivencias tanto positivas como negativas que traen consigo estados emocionales favorables o desfavorables para su salud.

Es innegable, además, que la etapa de la adolescencia, ha sido considerada desde tiempos remotos como una etapa de crecimiento emocional. Mientras que G. Stanley Hall en 1904 (citado en Pedraza, 2009) escribió que “es un impulso natural propio de los adolescentes el experimentar estados vehementes y ardientes”. Por tal razón, las emociones del adolescente a veces parecen exageradas y es normal que cambien repentinamente de estado emocional.

En este sentido, la mayoría de los estudios sobre las emociones en la adolescencia se centran en el autoconcepto y la autoestima. Se considera que el desarrollo del autoconcepto, que ya comenzó en períodos anteriores, culmina en lo fundamental durante esta etapa. Asimismo, el desarrollo moral de los adolescentes y su deseo de ser aceptados por sus iguales les lleva a incorporar los valores en las descripciones que hacen de sí mismos (Rosenberg, 1979 citado en Pedraza, 2009). En tal sentido, se puede afirmar que durante este período el autoconcepto se convierte en el núcleo de la regulación del comportamiento, permitiéndole conocer sus necesidades, emociones y capacidades.

En esta etapa, los adolescentes también poseen una mayor comprensión de sus estados afectivos con respecto a edades anteriores y hacen más referencias a estados mentales o sentimientos internos cuando explican sus emociones (Meerum Terwogt, Schene y Koops, 1990 citado en Abarca, 2003). Es preciso señalar que en la comprensión emocional de los demás, el desarrollo cognitivo del adolescente le permite utilizar estrategias de tipo hipotético- deductivo, permitiendo que estos sean conscientes de los efectos que tienen sus estados emocionales, favorables o desfavorables, en el modo de percibir a la gente y en la realización de tareas y actividades.

Es necesario precisar que, en esta etapa del desarrollo, lo característico de la regulación emocional es la falta de flexibilidad. Los adolescentes son radicales, utilizan sus recursos cognitivos para negar o disfrazar sus emociones, actitudes o conducta que probablemente estén relacionadas con la necesidad de mantener un autoconcepto personal (Ortiz, 2001 citado en Abarca, 2003), lo que conduce a que el adolescente vivencie con gran frecuencia estados emocionales displacenteros.

A pesar de estos elementos, se plantea que en la adolescencia se produce un mayor avance en cuanto a la regulación emocional, transitando gradualmente y desde años anteriores, de una regulación externa hacia una más interna, sofisticada, autónoma e independiente (Abarca, 2003). Los avances en otros procesos y esferas del desarrollo, como cognitivos y morales, influyen en el ámbito emocional, especialmente en la expresión y regulación de las emociones. En cuanto a las estrategias de regulación emocional, los adolescente son capaces de hacer una evaluación más exacta, realista y ejercer un mayor control de las circunstancias estresantes, siendo capaces de generar múltiples soluciones y estrategias diferenciadas para hacer frente al estrés, coincidiéndose en afirmar la importante evolución que tienen las estrategias emocionales utilizadas (Abarca, 2003). Pero sucede que este es un proceso gradual, con avances tanto como retrocesos.

De cualquier manera que estén presentes estas características como propias de la etapa, es indudable que el adolescente, debido a su desarrollo cognitivo, emocional y de la personalidad en general, cuenta con importantes potencialidades que pueden constituir la base para trazarse estrategias educativas que fomenten habilidades de regulación, en aras de ajustar sus respuestas emocionales ante cada situación, sobre la base de sus necesidades, logrando niveles de satisfacción y bienestar.

Por supuesto, no se puede perder de vista que en este ámbito de la educación emocional, se debe incluir la escuela, la familia, etc., pues muchas veces el adolescente se enfrenta a situaciones cuyo control queda un poco fuera de sus habilidades y recursos, ya que dependen en gran medida de la conducta de otros.

Es así que la literatura científica considera también como otro aspecto innegable que influye en el desarrollo emocional y social de los adolescentes, las **relaciones familiares**. En este contexto, el niño empieza a comprender las emociones, a modular su expresión emocional y a internalizar estrategias de autorregulación (Stormshak y otros, 1996 citado en Abarca, 2003). En congruencia con lo planteado anteriormente, los autores consideran que los padres que promueven una vinculación segura, mejorarán la práctica de la expresión y la regulación de las emociones en el niño o adolescente a través del modelado. Asimismo, los padres competentes estimulan la percepción de eficacia en la regulación emocional y la capacidad para generar estrategias de regulación en la interacción, factor clave para el desarrollo del autocontrol. A medida que los niños o adolescentes adquirieren esta percepción, las situaciones estresantes pasan a ser menos amenazantes, porque han aprendido que los sentimientos desfavorables pueden regularse (Abarca, 2003). Pero, como argumenta Pérez (2006), si bien la familia puede ser generadora de vivencias positivas, también los conflictos desarrollados en esta y/o las carencias afectivas y comunicativas que tienen lugar en el contexto familiar, pueden constituir una fuente generadora de tensión para el adolescente.

Se sabe que un estilo educativo rígido, con normas estrictas e inflexibles, sin tomar en cuenta las motivaciones de los adolescentes, donde se viole su capacidad de decidir, imponiéndoles metas elevadas que al adolescente le cueste cumplir, puede incidir en que dicho adolescente desarrolle un estilo de vida caracterizado por el esfuerzo, la presión y la angustia constantes, lo que puede traer diversas enfermedades, sobre todo cerebrovasculares.

En este sentido, también juega un importante papel el **maestro**, quien muestra muchas de las conductas emocionales que serán aprendidas por sus estudiantes, induciendo emociones e influyendo en la manera de afrontarlas. Sin embargo, se plantea que el tránsito de la escolaridad primaria a la secundaria tiene una naturaleza particularmente tensionante para el adolescente (Pérez, 2006), lo que puede generar emociones desfavorables que propicien estados de salud displacenteros. La vivencia o no de estos estados depende de la percepción de fracaso o éxito que los adolescentes posean sobre

determinados aspectos, dentro de los que se encuentran: el rendimiento académico, la motivación escolar, las características de las relaciones entre el adolescente y el maestro, así como entre el adolescente y sus coetáneos, etc.

De igual forma, la relación que establece el adolescente con su **grupo de coetáneos** se convierte en motivo fundamental de su comportamiento, ya que su bienestar emocional va a depender de si logra o no ocupar el lugar al que aspira dentro del grupo (Pedraza, 2009). Si dicho lugar no es favorable y el adolescente no es capaz de autorregularse emocionalmente, pueden devenir estados emocionales displacenteros que afecten el desarrollo sano de su personalidad.

La llegada a la adolescencia demanda de la consolidación de la personalidad ante los iguales y de la inserción en el mundo de los adultos. En este periodo se generarán nuevas tensiones que pondrán a prueba las competencias emocionales de los adolescentes adquiridas en las etapas previas (Abarca, 2003) y cuyo desarrollo debe continuar vertiginosamente, sobre la base de vivencias y situaciones desarrolladoras, propias para cada adolescente, de acuerdo a su situación social del desarrollo.

Capítulo 2

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se hace una descripción de la concepción metodológica de la investigación, ofreciéndose así una caracterización de la muestra seleccionada para el estudio y de igual manera se exponen los criterios empleados para su conformación. Además, se explican las variables exploradas, es decir, la regulación emocional, los contextos socializadores, el grado de control de la enfermedad y variables de otra naturaleza que se tienen en cuenta, así como las técnicas empleadas para su evaluación, con sus pertenecientes procedimientos de aplicación y análisis.

2.1 Diseño metodológico:

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se realiza un estudio descriptivo no experimental de tipo transversal, basado en un diseño integrador (mixto), el cual logra obtener una mayor variedad en la perspectiva del problema y permite la recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada uno de estos paradigmas investigativos (Teddlie y Tashakkori, 2003; Creswell, 2005; Mertens, 2005; Williams, Unrau y Grinnell, 2005, citado en Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

En este sentido, el análisis de algunos de los datos se realizará a partir de los métodos matemáticos y estadísticos, utilizando el paquete estadístico SPSS. Dichos datos, serán enriquecidos en su análisis desde una perspectiva cualitativa, para lo cual nos apoyaremos en las verbalizaciones y comportamientos de los sujetos objeto de nuestra investigación.

De manera general, se desarrolló en la investigación la siguiente estrategia de trabajo:

- 1-Revisión de la literatura científica existente sobre el tema objeto de estudio.
- 2-Elaboración de los fundamentos teóricos de la problemática a investigar.
- 3-Selección de la muestra.
- 4-Diseño y ejecución de la metodología para la evaluación psicológica de la regulación emocional en ambos grupos integrantes de la muestra.
- 5-Análisis de los resultados de la investigación.
- 6-Elaboración de conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación.

2.2 Descripción de la muestra.

La presente investigación se realiza en el período comprendido de diciembre de 2012 a mayo de 2013. Mediante un muestreo no probabilístico e intencional se selecciona una muestra integrada por 20

adolescentes de 12 a 15 años con diagnóstico de HTA esencial, en fase de seguimiento y que asistían a la consulta de Cardiología y Rehabilitación Cardiovascular, efectuadas en el Hospital Pediátrico Docente “José Luis Miranda”, de la ciudad Santa Clara, perteneciente a la provincia de Villa Clara.

Los adolescentes normotensos que integrarían el grupo testigo se seleccionaron teniendo en cuenta que presentaran características socio demográficas similares a las del grupo de estudio. En este sentido se realiza un muestro aleatorio simple, quedando conformado por 20 adolescentes normotensos.

Finalmente la muestra contó con un total de 40 adolescentes comprendidos en las edades de 12 a 15 años. Los criterios tenidos en cuenta para la conformación de los grupos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

Para adolescentes hipertensos:

- ❖ Adolescentes de 12 a 15 años con diagnóstico confirmado de HTA esencial.
- ❖ Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- ❖ Consentimiento informado del adolescente y de los padres para participar en la investigación.

Para el grupo testigo:

- ❖ Adolescentes normotensos, con características sociodemográficas similares a los adolescentes hipertensos.
- ❖ Consentimiento informado del adolescente y de los padres para participar en la investigación.
- ❖ Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.

Criterios de exclusión:

Para adolescentes hipertensos:

- ❖ Adolescentes con diagnóstico de HTA que no desearan participar en la investigación.
- ❖ Adolescentes cuyos padres no accedieran a participar en la investigación.
- ❖ Adolescentes que, en el momento de realizarse el estudio, tuvieran tratamiento psicofarmacológico.

Para el grupo testigo:

- ❖ Adolescentes normotensos que no desearan participar en la investigación.
- ❖ Adolescentes normotensos que padecieran de otras enfermedades crónicas como asma, diabetes, entre otras, en función de no contagiar los resultados.

Criterios de eliminación:

- ❖ Adolescentes y/o padres que manifestaran necesidad de abandonar la investigación o desinterés por continuar la misma.

2.3 Distribución de la muestra:

La distribución de la muestra de adolescentes hipertensos se llevó a cabo teniendo en cuenta diversos indicadores como: sexo, edad, grado de escolaridad y zona de procedencia. Las fuentes utilizadas para la obtención de estas informaciones fueron: entrevistas a los padres, a los adolescentes y a los especialistas. Las tablas que ilustran esta distribución se muestran a continuación.

Tabla 1. Distribución muestral según el sexo.

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Femenino	4	20
Masculino	16	80
Total	20	100

Tabla 2. Distribución muestral según la edad.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)
12 años	2	10
13 años	7	35
14 años	3	15
15 años	8	40
Total	20	100

Tabla 3. Distribución muestral según grado de escolaridad.

Grado de Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
7mo	3	15
8vo	6	30
9no	11	55
Total	20	100

Tabla 4. Distribución muestral según la zona de procedencia.

Zona	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Urbana	13	65
Rural	7	35
Total	20	100

2.4 Variables de estudio.

1-Regulación emocional: se expresa en la capacidad del adolescente para modular sus emociones de forma eficaz, posibilitando la adaptabilidad de las mismas, sobre la base de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de controlar, evaluar y modificar reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad para alcanzar un objetivo. De esta manera, la regulación debe facilitar un equilibrio entre sus necesidades y las exigencias que derivan del sistema de actividades y

relaciones que conforman su situación social de desarrollo, mediante un afrontamiento efectivo a las mismas. Sus indicadores son:

1.1 Percepción emocional: se entiende como la habilidad que posee el adolescente para identificar y reconocer, tanto sus propios sentimientos y emociones, como los de aquellos que le rodean, implicando la descodificación eficiente de señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz.

Indicadores para su evaluación:

-*Adecuada:* El adolescente posee habilidad para reconocer sus sentimientos y emociones, así como los de aquellos que le rodean, interpretando de forma adecuada las señales emocionales que recibe (1 punto).

-*Parcialmente adecuada:* Ocasionalmente el adolescente posee habilidad para reconocer sus sentimientos y emociones, así como los de aquellos que le rodean, interpretando en algunas ocasiones las señales emocionales que recibe (2 puntos).

-*Inadecuada:* El adolescente cuenta con limitada habilidad para reconocer sus sentimientos y emociones, así como los de aquellos que le rodean, interpretando de forma errónea las señales emocionales que recibe (3 puntos).

1.2 Comprensión emocional: Se expresa en la habilidad del adolescente para comprender el significado de las emociones, conocer cómo se combinan las mismas, considerando su complejidad y causa, así como la transición de unas a otras.

Indicadores para su evaluación:

-*Adecuada:* El adolescente tiene habilidad para comprender el significado de las emociones, conocer cómo se combinan las mismas, considerando su complejidad y causa, así como la transición de unas a otras, aunque puedan existir, ocasionalmente, limitaciones en cuanto a la comprensión de causas fundamentalmente de orden interno de sus emociones, de acuerdo a las características típicas de la adolescencia (1 punto).

-*Parcialmente adecuada:* Ocasionalmente el adolescente tiene habilidad para comprender el significado de las emociones y conocer sus combinaciones. En ocasiones considera su complejidad y causa, así como la transición de unas a otras (2 puntos).

-*Inadecuada:* El adolescente posee limitada habilidad para comprender el significado de las emociones y conocer sus combinaciones. Considera de forma errónea su complejidad y causa, así como la transición de unas a otras (3 puntos).

1.3 Expresión emocional: Se manifiesta 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. (Molerio, 2004).

-*Estilo expresivo*: El adolescente es capaz de expresar sus emociones, tanto placenteras como displacenteras, de manera abierta sin que se produzcan contradicciones o tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas, teniendo en cuenta, además, que el adolescente puede ser capaz de modular esta expresión, hacerla más o menos abierta, en dependencia del contexto, la situación, sus necesidades, etc., sin que ello implique un ajuste que lo dañe (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).

1.4 Afrontamiento: conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales que lleva a cabo el adolescente ante diversas experiencias vitales y/o más o menos cotidianas, que demandan de la misma dicho esfuerzo (Pérez, 2006).

Indicadores para su evaluación:

-*Efectivo*: 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 un desajuste emocional (1 punto).

-*Parcialmente efectivo*: 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 permiten, al menos, resolver parcialmente el problema, aún cuando se produzcan en él estados emocionales negativos, pero que no impliquen un desajuste emocional (2 puntos).

-*Inefectivo*: 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).

1.5 Bienestar emocional: Es el resultado e indicador fundamental de la regulación emocional que el individuo lleve a cabo. Se logra en la medida en que las emociones conserven su carácter funcional y adaptativo, existiendo un predominio de emociones placenteras y en la baja intensidad de estados emocionales displacenteros.

Indicadores para su evaluación:

- ❖ *Alto*: Prevalecen vivencias emocionales con carácter funcional y adaptativo, con predominio de emociones placenteras y un fuerte componente motivacional. Se acompaña de seguridad, placer y confianza (1 punto).
- ❖ *Medio*: Prevalecen vivencias emocionales con carácter funcional y adaptativo, pero donde se combinan vivencias emocionales con un contenido placentero y displacentero (2 puntos).

- ❖ *Bajo*: cuando al menos exista una emoción o estado emocional que pierda su carácter funcional y adaptativo, con predominio de vivencias emocionales displacenteras. Se acompaña de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo (3 puntos).

En la presente investigación, se toman en cuenta los estados emocionales que con mayor frecuencia se encuentran asociados a la Hipertensión Arterial del adolescente, directamente relacionados con el bienestar emocional de estos pacientes, según los resultados de los estudios realizados como antecedentes de la misma, tal y como se aborda a continuación:

Estados emocionales: vivencias y/o emociones prolongadas y profundas, asociándose temporalmente a un estímulo desencadenante actual y que se relaciona directamente con las necesidades, intereses y aspiraciones del adolescente, teniendo connotaciones para el bienestar y la salud en sentido general.

Indicadores para su evaluación (Pedraza, 2009):

Manifestación de los estados emocionales con tendencia a la adaptabilidad:

Cuando están presentes, de modo sistemático, los indicadores siguientes:

- ❖ Existe correspondencia entre la intensidad y duración de los estados emocionales con respecto a la situación que los originó.
- ❖ Los estados emocionales conducen a dar una respuesta efectiva a la situación que los originó, favoreciendo sus relaciones con el entorno. Es decir, no existen afectaciones en la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones.

Manifestación de los estados emocionales con tendencia a la inadaptabilidad:

Cuando se dan en el adolescente, de modo sistemático, uno o más de los indicadores siguientes:

- ❖ No existe correspondencia entre la intensidad y duración de los estados emocionales con respecto a la situación que los originó.
- ❖ Los estados emocionales no conducen a dar una respuesta efectiva a la situación que los originó, no favoreciendo sus relaciones con el entorno. Es decir, existen afectaciones en la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones.

-Ansiedad: Emoción que surge cuando el adolescente se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Aparece cuando el adolescente percibe o interpreta un estímulo de carácter externo o interno como peligroso, amenazante, independientemente de la amenaza real. Puede presentarse de dos maneras, las cuales se relacionan entre sí:

- ❖ **Ansiedad-rasgo:** se entiende como las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias en cuanto a la característica de responder ante situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones de la intensidad de la ansiedad estado. En los adolescentes no se puede ver como totalmente estable en su personalidad, pues esta se encuentra aún en proceso de formación y desarrollo.
- ❖ **Ansiedad-estado:** Es la condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación, nerviosismo, aprensión, etc, asociados a la elevada activación del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o pánico.

-Ira: estado o condición emocional psicobiológico displacentero que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas, acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo (Miguel Tobal et al. 2001, citado en Molerio, 2004). Puede presentarse de dos maneras:

- ❖ **Ira-rasgo:** diferencias individuales en relación a la disposición relativamente estable de experimentar ira. Los adolescentes con ira-rasgo perciben un amplio rango de situaciones como molestas, amenazadoras o frustrantes y tienden a responder ante tales situaciones con elevada ira estado. No se debe ver como totalmente estable en los adolescentes, ya que aún se encuentran en un proceso de formación y desarrollo.
- ❖ **Ira-estado:** condición emocional psicobiológica constituida por vivencias subjetivas que varían en intensidad desde una simple irritación o molestia a furia intensa y rabia. Estas experiencias de ira están generalmente acompañadas por la activación de procesos neuroendocrinos así como del sistema nervioso autónomo. La intensidad de la ira estado en un momento determinado varía en función de una injusticia percibida, por el hecho de ser maltratado o atacado injustamente por otros o por una frustración en el proceso de un comportamiento dirigido a una meta. (Sanz, 2011).

-Depresión: trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica (Del Barrio, 2005).

Todo el desarrollo emocional del adolescente y su expresión se da en los marcos de los contextos socializadores, por lo que se hace necesario para caracterizar la regulación emocional hacer alusión a los mismos y la forma en que deben ser analizados desde esta perspectiva.

2-Contextos socializadores: Se analizará la influencia de dichos contextos desde las siguientes perspectivas de análisis (Pérez, 2006):

- ❖ Como potenciador de características, hábitos, estilos de vida y conductas en el adolescente, relacionadas con su salud en uno u otro sentido.
- ❖ Como fuente importante de apoyo social para el adolescente.
- ❖ Como modulador de la respuesta psicológica que el adolescente ofrece ante las demandas de su situación social de desarrollo.
- ❖ Como generador de emociones y estados emocionales.
- ❖ Como potenciador de características personológicas que pueden tener implicación directa en la forma que el adolescente enfrenta situaciones difíciles y que se vinculan, más o menos directamente, con su regulación emocional.
- ❖ Como parte de los mecanismos externos implicados en la regulación emocional del adolescente.

Los contextos de socialización que serán analizados son: **la familia**, el **contexto escolar** y la **relación con los coetáneos**.

3-Control de la enfermedad: es el grado de dominio que el adolescente posea de su enfermedad, el cual depende de múltiples factores, tales como: adherencia al tratamiento (tanto farmacológico como no farmacológico), características de la enfermedad, características personológicas, entre otras.

Indicadores para su evaluación (Ministerio de Salud Pública, 2008)

- ❖ **Paciente controlado.** Se considera como tal a aquel que en todas las tomas de presión arterial durante 1 año (4 tomas como mínimo), ha tenido cifras inferiores al percentil 95 de tablas preestablecidas según edad, sexo y talla (1 punto).
- ❖ **Paciente parcialmente controlado.** Es aquel que en el período de un año, ha tenido el 60 % o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores al percentil 95 de tablas preestablecidas según edad, sexo y talla (2 puntos).
- ❖ **Paciente no controlado.** Es aquel que en el período de un año, menos del 60 % de las cifras de presión arterial hayan sido inferiores al percentil 95 de tablas preestablecidas según edad, sexo y talla (3 puntos).

En los casos con tiempo de evolución corto (menor a 11 meses) se tomarán en cuenta la cantidad de tomas de PA realizadas en el tiempo a partir del diagnóstico, considerando siempre que éstas sean 4 como mínimo.

Otras variables:

Se incluyeron en este apartado otras variables que permitan complementar y enriquecer los objetivos planteados en la investigación. Algunas de ellas, han sido reconocidas en la literatura científica como

factores de riesgo de la HTA, tales como la obesidad (Anexo 1), hábitos tóxicos (Anexo 2), sedentarismo (Anexo 3), antecedentes familiares y hábitos dietéticos (Anexo 8); además de los antes mencionados y fuera de estos, se le ofreció especial atención, también, a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Anexo 4) y al tiempo transcurrido a partir del diagnóstico de la enfermedad (Anexo 5). Estas variables fueron escogidas mediante una triangulación de información, luego de una exhaustiva revisión teórica, realización de entrevistas a profesionales (Anexos 6 y 7) y mediante la propia experiencia acumulada durante las sesiones de trabajo.

Tabla 4. Indicadores de las variables psicológicas y técnicas empleadas para su evaluación.

Variables	Indicadores de Evaluación	Técnicas de Evaluación Empleadas
Regulación Emocional	Percepción emocional	Entrevista 2 a los padres Entrevista 3 al adolescente Entrevista al maestro CDI TAXI-2 DAREN
	Comprensión emocional	Entrevista 2 a los padres Entrevista 3 al adolescente Entrevista al maestro BERS-E
	Expresión emocional	Entrevista 2 a los padres Entrevista 3 al adolescente Entrevista al maestro Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos
	Afrontamiento	Entrevista 2 a los padres Entrevista 3 al adolescente Entrevista al maestro.
	Estados emocionales (Ansiedad, Depresión e Ira)	Entrevista 1 y 2 a los padres. Entrevista 1, 2 y 3 al adolescente. Entrevista al maestro. DAREN CDI TAXI-2 PJ Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos

	Bienestar emocional	Entrevista 2 a los padres Entrevista 3 al adolescente Entrevista al maestro BIEPS-J Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos
Contextos de Desarrollo	Familia	Entrevista 1 a los padres. Entrevista 1 a adolescentes. Entrevista al maestro. PJ Test de funcionamiento familiar.
	Escuela	Entrevista 1 a los padres. Entrevista 1 a adolescentes. Entrevista al maestro. PJ Revisión del expediente escolar.
	Iguales	Entrevista 1 a los padres. Entrevista 1 a adolescentes. Entrevista al maestro. PJ
Control de la enfermedad	Frecuencia de descompensación de los valores funcionales	Entrevista al especialista en Cardiología. Entrevista 2 al adolescente Entrevista a los padres. Revisión de la Historia Clínica.

2.5 Descripción de las técnicas e instrumentos empleados.

Con el propósito de satisfacer los objetivos planteados en el presente estudio, se empleó un conjunto de pruebas psicológicas que incluyeron la valoración de familiares, especialistas, maestros y el propio adolescente. A continuación se presentan las mismas:

- ❖ Entrevista psicológica semi-estructurada.
- ❖ Inventario de ansiedad rasgo – estado, versión infantil (IDAREN).
- ❖ Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI).
- ❖ Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI - 2).
- ❖ Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes.
- ❖ Escala de Bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J).
- ❖ Inventario de Problemas Juveniles (IPJ).
- ❖ Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

- ❖ Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos.
- ❖ Revisión de documentos oficiales (Expediente escolar e Historia Clínica).
- ❖ Observación semiestructurada.

Entrevista psicológica semi-estructurada.

Descripción: La entrevista semiestructurada es una técnica en la que el entrevistador solicita información a los entrevistados, apoyándose en indicadores u objetivos generales que guían la conversación. Tiene un nivel de flexibilidad que permite la adecuación al propio sujeto, así como añadir nuevas preguntas que se originan en el curso de la entrevista.

Objetivos de la entrevista psicológica semi-estructurada.

- Al especialista en Cardiología:

- ❖ Indagar en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Hipertensión Arterial en los adolescentes objeto de estudio.

-Al especialista en Rehabilitación Cardiovascular:

- ❖ Indagar en el proceso de ejercicios básicos orientados para pacientes hipertensos esenciales.

-Al especialista en Endocrinología:

- ❖ Indagar en los hábitos dietéticos idóneos para el paciente hipertenso.

- A los padres:

Entrevista # 1:

- ❖ Obtener el consentimiento informado de los padres para participar en la investigación.
- ❖ Declarar los objetivos de la investigación.
- ❖ Obtener datos generales del adolescente.
- ❖ Indagar en las características de los contextos familiar, escolar y de relación con los iguales, así como influencia en el funcionamiento emocional del adolescente.
- ❖ Indagar en la personalidad en formación del adolescente.

Entrevista # 2:

- ❖ Explorar el impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso.
- ❖ Profundizar en los estados emocionales que el adolescente vivencia con mayor frecuencia.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

- Al adolescente:

Entrevista # 1:

- ❖ Obtener el consentimiento del adolescente para participar en la investigación.
- ❖ Comunicar los objetivos del estudio.
- ❖ Establecer la empatía con el adolescente.
- ❖ Indagar en las características generales del adolescente.
- ❖ Profundizar en la dinámica de los contextos familiar, escolar y de relación con los coetáneos, así como influencia en el funcionamiento emocional del adolescente.

Entrevista # 2:

- ❖ Evaluar el impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso.
- ❖ Indagar en la personalidad en formación del adolescente.

Entrevista # 3:

- ❖ Profundizar en las características de los estados emocionales que el adolescente vivencia con mayor frecuencia y en las causas asociadas a la misma.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

- Al maestro:

- ❖ Indagar en las características del desempeño escolar del adolescente y su incidencia en la vida emocional del mismo.
- ❖ Profundizar en la dinámica del contexto familiar, escolar y relaciones con los iguales del adolescente y su influencia en el funcionamiento emocional del adolescente.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

Materiales:

- ❖ Guía de la entrevista semi-estructurada al especialista en Cardiología (Anexo 6).
- ❖ Guía de la entrevista semi-estructurada al especialista en Rehabilitación Cardiovascular (Anexo 7).
- ❖ Guía de entrevista semi-estructurada al especialista en Endocrinología (Anexo 8)
- ❖ Guía de las entrevistas semi-estructuradas a los padres (Anexos 9 y 10).
- ❖ Guía de las entrevistas semi-estructuradas a los adolescentes (Anexos 11, 12 y 13).
- ❖ Guía de la entrevista semi-estructurada al maestro (Anexo 14).

Procedimientos.

- Con los especialistas en Cardiología, Rehabilitación Cardiovascular y Endocrinología:

- ❖ Al comenzar la investigación se le realiza una entrevista a los especialistas, en función de lograr un acercamiento a la problemática objeto de estudio y obtener un mayor conocimiento de los adolescentes hipertensos.

-Con los padres:

- ❖ La entrevista a los padres se realiza en 2 sesiones, las cuales se encuentran guiadas por los aspectos que se han deseado conocer y profundizar durante la investigación, buscando la obtención de datos importantes que permitan la triangulación de información.

- Con el adolescente:

- ❖ La entrevista al adolescente se realiza en 3 sesiones, en función de obtener información detallada y precisa que permita determinar las características psicológicas de los estados emocionales vivenciados.

- Con el maestro:

- ❖ Se realiza una entrevista a los maestros en aras de ampliar los datos obtenidos en la investigación, valorando sus percepciones en relación con el tema estudiado.

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:

-Entrevista con el especialista en Cardiología:

- ❖ Características del proceso de diagnóstico.
- ❖ Factores de riesgo asociados a la enfermedad en la muestra seleccionada para la investigación.
- ❖ Tratamiento actual de los adolescentes.
- ❖ Adherencia al tratamiento.
- ❖ Evolución general de cada paciente.
- ❖ Actitud del adolescente y la familia ante la enfermedad.
- ❖ Valoración del especialista sobre el impacto psicológico de la enfermedad en los pacientes.
- ❖ Nivel de control de la enfermedad.
- ❖ Ingresos a partir del diagnóstico.
- ❖ Consideraciones acerca del estado emocional actual del adolescente.

-Entrevista con el especialista en Rehabilitación Cardiovascular:

- ❖ Delimitación de la Rehabilitación Cardiovascular.
- ❖ Elementos evaluativos a tener en cuenta para la prescripción del ejercicio.

- ❖ Protocolo de entrenamiento.
- ❖ Tipos de ejercicios orientados.
- ❖ Factores de riesgo que se pretenden eliminar con la prescripción del ejercicio.

-Entrevista con el especialista en Endocrinología:

- ❖ Consideraciones generales de la dieta para adolescentes hipertensos esenciales.

- Entrevista con los padres:

- ❖ Características generales del adolescente.
- ❖ Impacto emocional de la enfermedad en los adolescentes hipertensos.
- ❖ Características de los contextos familiares, escolares y relación con coetáneos, influencia de estos contextos en el desarrollo y funcionamiento emocional del adolescente.
- ❖ Presencia de ansiedad, depresión e ira en el adolescente; manifestaciones de estos estados emocionales en el adolescente (fisiológicas, cognitivas y motoras).
- ❖ Características de personalidad en formación y su relación con la ansiedad, la depresión y la ira manifiesta.
- ❖ Regulación emocional.

- Entrevista al adolescente:

- ❖ Características de los contextos socializadores y su influencia en el desarrollo y funcionamiento emocional del adolescente.
- ❖ Impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso.
- ❖ Características de la personalidad en formación y su relación con la regulación emocional.
- ❖ Presencia de ansiedad, depresión e ira en el adolescente.
- ❖ Causas y manifestaciones de la ansiedad, la depresión y la ira en el adolescente.
- ❖ Regulación emocional del adolescente.

- Entrevista al maestro:

- ❖ Disciplina y asistencia a las actividades académicas.
- ❖ Aprendizaje y posibles dificultades, rendimiento escolar.
- ❖ Relación familia-escuela.
- ❖ Principales conflictos del adolescente en los contextos familiar, escolar y de relación con los iguales, así como su posible influencia en la regulación emocional.
- ❖ Características de la personalidad en formación.

- ❖ Manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en los adolescentes, tiempo de aparición de las mismas y principales contextos a los cuales se asocian.
- ❖ Frecuencia e intensidad con que experimenta la ansiedad, la depresión y la ira en el adolescente.
- ❖ Regulación emocional del adolescente.

Inventario de ansiedad rasgo-estado, versión infantil (IDAREN.)

Descripción general: Esta técnica es la versión al español de *State Train AnxietyInventory (STAI)* de Ch. Spielberger, que construyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado, en sujetos adultos sin síntomas psíquicos; aunque posteriormente resultó útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato.

En la presente investigación se utiliza la variante de Ch. Spielberger para niños o adolescentes, modificada por B. Castellano y J. Grau. De manera general, el IDAREN está constituido por dos escalas que se utilizan para medir las dimensiones, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

Objetivo: Evaluar la presencia de ansiedad rasgo – estado en los adolescentes estudiados.

Materiales: Protocolo de la técnica (Anexo 15) y lápiz.

Procedimiento: El adolescente después de leer las instrucciones, marcará con un círculo en una de las 3 categorías correspondientes a cada expresión, según se corresponda con su realidad.

Calificación e interpretación: La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en la escala, varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60. El análisis cuantitativo de la prueba se realiza con el objetivo de obtener la puntuación del sujeto en la escala. Se utilizan las fórmulas que aparecen en el protocolo y se adecuan al sistema de categorías que aparece en el mismo.

Calificación en Ansiedad-Rasgo

Determinación de la puntuación directa a través de la suma total de los 20 primeros ítems de la escala ansiedad-rasgo.

1-Determinación de los niveles de ansiedad-rasgo, teniendo en cuenta los parámetros que a continuación se establecen:

Bajo: Por debajo de 29 puntos.

Medio: Entre 29 y 41 puntos.

Alto: Por encima de 41 puntos.

Calificación en Ansiedad-Estado:

1-Determinación de la puntuación de la escala ansiedad-estado, considerando la suma de los ítems asociados a las sub-escala.

Items 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20 (X)

Items 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18 (Y)

2-Determinación de los niveles de ansiedad-estado, teniendo en cuenta la fórmula siguiente:

$$(X - Y) + 40 = \text{Puntuación directa}$$

Bajo: Por debajo de 24 puntos

Medio: Entre 24 y 38 puntos

Alto: Por encima de 38 puntos.

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI).

Descripción: La técnica se publica por M. Kovacs en 1992 y fue adaptado a la población cubana por K. Mengana Peraza, en el presente año 2013. Puede ser aplicada en la edad infanto-juvenil, de 9 a 17 años. El CDI está compuesto 27 elementos que se refieren a los síntomas nucleares de la depresión, los cuales están constituidos por tres frases, existiendo ítems específicos que permiten la evaluación cualitativa de la autoestima. Dichos factores representan una intensidad diferente del problema al que se refiere.

Se contesta en una escala de 1-3.

- El cero (1) se refiere a la ausencia del síntoma.
- El uno (2), a una presencia de baja intensidad.
- El dos (3), a la presencia de alta intensidad o frecuencia.

Objetivo: Evaluar la depresión en los adolescentes hipertensos estudiados.

Materiales: Protocolo de la prueba (Anexo 16) y lápiz.

Procedimiento: Se le pide al adolescente que marque la frase que mejor representa la intensidad con que vive la problemática.

Calificación e interpretación: luego de darle la calificación a cada uno de los ítems, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Depresión, sumando los puntajes obtenidos. La media de puntuaciones es 37, siendo el valor que descarta la presencia de depresión, mientras que el valor 50 es el que indica la presencia de la misma. Por tanto, los valores comprendidos entre 37 y 50 se refieren a puntuaciones medias, cuanto más cercano se haga a 50, mayor será la tendencia a la depresión.

Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI - 2).

Descripción: El STAXI-II C/A fue validado para la población cubana por el Msc. Yury Arsenio Sanz en el 2011, atendiendo a la ausencia en nuestro medio de un instrumento para la evaluación de dicho estado emocional, el cual permite medir, además de la ira estado y rasgo, las distintas facetas de expresión de la misma.. De manera general, el STAXI - 2 consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas: Ira - Estado, que consta de tres sub - escalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física; Ira - Rasgo, que posee dos sub - escalas: temperamento de ira y reacción de ira. Además consta de sub - escalas de expresión interna, expresión externa de ira, control interno de ira, control externo de ira.

Objetivo: Determinar la presencia de ira rasgo y de ira estado de los adolescentes estudiados.

Procedimiento: El STAXI-II N/A tiene tres secciones. En la parte 1 (ítems del 1 al 10) se le pregunta al examinado que evalúe la intensidad de la emoción de ira que siente ahora mismo, en una escala de 1 a 3, correspondiente a un rango variable: en nada (1), un poco (2), bastante (3). En la parte 2 (ítems del 11 al 20) se le pide que reporte con qué frecuencia siente generalmente la emoción indicada en una escala de tres puntos, correspondiente a un rango variable: casi nunca (1), a veces (2) y muchas veces (3). En la Parte 3 (ítems del 21 al 35), se le pide que reporte con qué frecuencia se siente o actúa de la manera indicada cuando experimenta ira. Se usa la misma escala de 3 puntos con igual descripción de rangos que la parte 2.

Materiales: Protocolo de la prueba (Anexo 17) y lápiz.

Calificación e interpretación: La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas. Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos para obtener los percentiles de cada una de las sub-escalas y escalas (anexo 17).

Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes.

Descripción general: La escala *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS por sus siglas en inglés) fue desarrollada para evaluar la desregulación emocional y se ha asociado a los más frecuentes padecimientos, como depresión, ansiedad y conductas desadaptativas, incluidas la impulsividad y las autolesiones no suicidas. La técnica evalúa fundamentalmente 4 subescalas, las cuales son mencionadas seguidamente:

1-No aceptación.

2-Metas.

3-Conciencia.

4-Claridad.

Objetivo: Evaluar las dificultades en la regulación emocional de los adolescentes estudiados.

Materiales: lápiz y protocolo del DERS-E (Anexo 18).

Procedimiento: Se le presenta y explica la técnica al adolescente. Se le orienta que conteste los diferentes ítems de acuerdo a la intensidad con que vivencia las situaciones que allí se presenta.

Calificación e interpretación: debido a que la técnica se encuentra en proceso de validación, la evaluación de la misma se realiza de forma cualitativa mediante un análisis de contenido.

Escala de Bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J).

Descripción general: la escala consta de 12 ítems y evalúa 5 dimensiones del bienestar: control de situaciones, vínculos psicosociales, ausencia de afectividad negativa, aceptación de sí y autonomía, donde

el encuestado debe responder cómo se sintió el último mes. Es aplicable a sujetos entre 11 y 18 años, con escolaridad mínima de sexto grado. Fue validada en Cuba por M. Martín en adolescentes de 11 a 18 años.

Objetivo: Evaluar la presencia de bienestar psicológico en los adolescentes estudiados.

Materiales: Protocolo de la técnica (Anexo 19) y lápiz.

Procedimiento: El adolescente después de leer las instrucciones, marcará con una (x) en una de las 3 categorías correspondientes a cada expresión, según se corresponda con su realidad.

Calificación e interpretación: Cada una de estas dimensiones se puntúan mediante una escala de tipo Likert de tres puntos:

En desacuerdo- 1 punto

Ni de acuerdo ni en desacuerdo- 2 puntos

En acuerdo- 3 puntos

Se obtiene una puntuación total (Bienestar general) y una para cada dimensión, esta última es resultante de la suma de los puntos obtenidos en cada uno de los ítems, según las tres opciones de respuesta. Las respuestas dadas a los ítems agrupados según cada una de las dimensiones se interpreta de manera cualitativa. Son de interés clínico las puntuaciones de Bajo Bienestar (menor que 30).

Aceptación de sí: sumatoria de los ítems 4, 7, 9, 11

Control: sumatoria de ítems 10 y 12

Vínculos: sumatoria de ítems 2 y 8

Autonomía: sumatoria de ítems 1 y 3

Ausencia de afectividad negativa: sumatoria de ítems 5 y 6.

Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)

Descripción general: Es una técnica conformada por una serie de proposiciones que permiten obtener información acerca de las problemáticas fundamentales que presenta el sujeto en las áreas familiar, escolar, personal, de salud y de relaciones.

Objetivo: Indagar en las dificultades del adolescente relacionadas con su esfera personal, de salud, familiar, escolar y de relaciones, que pudieran indicar la presencia de afectaciones en la regulación emocional.

Materiales: Protocolo del IPJ y lápiz (Anexo 20).

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

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 anteriormente mencionadas: esfera personal, de salud, familiar, escolar y de relaciones, analizando posibles manifestaciones y causas de ansiedad.

Test de Funcionamiento Familiar, FF-SIL.

Descripción: instrumento que evalúa el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia), mediante la percepción de uno de los miembros. El test podrá ser aplicado a cualquier miembro del núcleo familiar que tenga entre 18 y 65 años de edad y que viva establemente en el hogar de modo que conozca su dinámica. (Louro, 2004 citado en Pedraza, 2009).

Objetivo: Determinar el nivel de funcionabilidad de la familia de los adolescentes de estudio.

Materiales: Protocolo de la prueba (Anexo 21) y lápiz.

Procedimiento: Se le pide al sujeto que realice una valoración de cada enunciado propuesto y responda en función de las alternativas de frecuencias presentadas. Sólo debe marcar una (X) en el acápito elegido.

Calificación e interpretación: Para la confección de las normas de calificación del instrumento se tomaron como punto de partida las 5 categorías de la escala LiKert, y se designaron una puntuación entre 5 y 1 (casi siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, casi nunca). Posteriormente se confeccionó las escalas ordinales siguientes de la cual se realizó la nominación cualitativa del instrumento, que va desde la expresión positiva de las categorías que define el funcionamiento familiar, hasta la expresión negativa:

- De 70 a 57 Familia funcional
- De 56 a 43 Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 Familia disfuncional
- De 27 a 14 Familia severamente disfuncional

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems. Es necesario considerar la necesidad de realizar un análisis cualitativo de los resultados, donde resulta de gran importancia valorar la repercusión de los elementos de disfuncionabilidad en la familia, en la vida emocional del adolescente.

Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos

Descripción general: Este cuestionario fue elaborado originalmente por Léniz y Haeussler(2007) en la Universidad de Chile, para valorar el reconocimiento, expresión y manejo de las emociones en los menores, basado en la percepción de los padres acerca de sus hijos. La versión que se presenta fue diseñada por Balsa (2012) y consta de 30 preguntas cerradas a los padres, en las cuales se evalúa la afirmación con categorías de siempre, casi siempre, algunas veces y muy pocas veces; con el objetivo de indagar acerca de:

a) La percepción de los padres sobre la regulación emocional de sus hijos (19 ítems).

b) Sus conductas parentales en cuanto a la identificación y apoyo en el manejo de las emociones de sus hijos (11 ítems).

Objetivo: Indagar en la regulación emocional de los adolescentes hipertensos, teniendo en cuenta la percepción de los padres acerca de ello.

Materiales: Protocolo de la prueba (Anexo 22) y lápiz.

Procedimiento: Se explica a los padres que deben marcar con una X la alternativa en la columna, para las tres subescalas que se presentan, según las indicaciones: “Observando a mi hijo considero que es...”, “Observando a mi hijo y yo como mamá o papá...”

Calificación e interpretación: El cuestionario contiene 3 subescalas: conductas y estados identificados en sus hijos, expresión emocional en sus hijos, conductas parentales en la identificación y apoyo de la regulación emocional de sus hijos. La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en la escala, varía desde una puntuación mínima de 30 hasta una máxima de 120 puntos. Se otorgan puntuaciones a las siguientes categorías: siempre (4), casi siempre (3), algunas veces (2) y muy pocas veces (1).

Revisión de documentos (Expediente escolar)

Descripción general: Consiste en la revisión exhaustiva del expediente escolar del adolescente.

Objetivos:

- ❖ Determinar las características de aprendizaje de los adolescentes estudiados desde que iniciaron sus estudios primarios.
- ❖ Evaluar la relación de los adolescentes con sus coetáneos y el vínculo familia-escuela.
- ❖ Indagar en la posible presencia de dificultades en la regulación emocional.

Calificación e interpretación: De forma cualitativa, atendiendo a las categorías de análisis de la investigación.

Revisión de documentos (Historia Clínica)

Descripción general: Consiste en la revisión exhaustiva de la Historia Clínica del adolescente.

Objetivos:

- ❖ Determinar las causas y factores de riesgo asociados a la HTA en el adolescente.
- ❖ Confirmar el diagnóstico de la HTA en el adolescente.
- ❖ Indagar en la posible presencia de dificultades en la regulación emocional en los adolescentes durante la trayectoria de la enfermedad.
- ❖ Valorar la evolución de la HTA en el adolescente.

Calificación e interpretación: De forma cualitativa, atendiendo a las categorías de análisis de la investigación.

Observación semiestructurada

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 la presente investigación, la observación semiestructurada se empleó en todas las sesiones, es decir, en cada interacción con los sujetos de la investigación, lo que permitió complementar algunos elementos que fueron apareciendo en el desarrollo de la misma, haciendo énfasis en los adolescentes hipertensos, como una vía de triangular la información ofrecida por otras técnicas.

2.6 Procedimiento general de la investigación:

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre septiembre de 2012 a mayo de 2013, para lo cual se realiza una amplia búsqueda bibliográfica relacionada con la HTA pediátrica, profundizando en las investigaciones más relevantes en este sentido y fundamentalmente las llevadas a cabo en nuestra provincia.

Desde el principio, se inició el vínculo con profesionales de la psicología y cardiólogos vinculados al Programa Ramal de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, a través del Proyecto denominado “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud”. Dicho proyecto se encuentra auspiciado por el Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de la ciudad de Santa Clara conjuntamente con la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Luego se procedió a la selección de los adolescentes hipertensos objeto de la investigación, los cuales son atendidos en la consulta de Cardiología y Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Pediátrico Docente “José Luis Miranda”. Posteriormente, se confirmó la voluntariedad de los adolescentes y padres para participar en la investigación, a partir de una entrevista inicial, procediéndose a la aplicación de las técnicas. De la misma forma, se seleccionaron los adolescentes normotensos que integrarían el grupo testigo, teniendo en cuenta que presentaran características socio demográficas similares a las del grupo de estudio. El universo muestral quedó conformado finalmente por un total de 40 adolescentes (Grupo de estudio: 20 y Grupo testigo: 20).

Se realizaron 3 sesiones de trabajo, con las cuales se logró establecer una relación empática con los adolescentes objetos de la investigación, de modo que se sintieran motivados e implicados con la misma. Los encuentros que se realizaron en la consulta del propio Hospital Pediátrico así como las entrevistas realizadas en las escuelas, contaban con adecuada iluminación, ventilación y privacidad, garantizando resultados fiables.

Para la distribución de las técnicas por sesiones se tuvieron en cuenta las características propias de los adolescentes, razón por lo cual las aplicaciones fueron realizadas de forma individual de la siguiente manera:

1era Sesión:

- ❖ Revisión documental (Historia Clínica)
- ❖ Entrevista psicológica a los especialistas.
- ❖ Entrevista psicológica al adolescente.
- ❖ Entrevista psicológica a la familia.
- ❖ Test de Funcionamiento Familiar.
- ❖ IPJ

2da Sesión:

- ❖ Entrevista psicológica al adolescente (incluyendo re-test de las técnicas escritas aplicadas en la sesión anterior).
- ❖ Entrevista psicológica a la familia
- ❖ Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes
- ❖ IDARE-N
- ❖ Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

3era Sesión:

- ❖ Entrevista psicológica al adolescente (incluyendo re-test de las técnicas escritas aplicadas en la sesión anterior).
- ❖ Entrevista psicológica a la maestra.
- ❖ Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos.
- ❖ Inventario de ira rasgo – estado (STAXI-2).
- ❖ Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes (BIEPS-J)

Una vez concluida la aplicación de las técnicas psicológicas previstas en la investigación, se llevó a cabo la calificación y evaluación según los criterios establecidos para cada una de ellas. La duración de cada encuentro estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada adolescente, aunque nunca excedió los 60 minutos. Durante la aplicación individual de cada una de las pruebas psicológicas, se utilizó la observación psicológica, con el fin de constatar los resultados obtenidos durante la investigación.

2.7 Procesamiento de los datos.

Concluida la aplicación de todos los instrumentos se procedió al análisis de los resultados, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y los propios criterios de calificación e interpretación de cada una de las técnicas utilizadas. En este sentido, los datos recolectados fueron vaciados en una tabla Excel

y luego importados en el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 15.0 para Windows. Este procesamiento fue realizado en la Unidad de Servicios de Análisis de Datos (USAD) del Centro de Estudios de Informática de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, creándose tablas y gráficos, para la objetivación de los resultados.

El procesamiento estadístico se dividió en dos partes esencialmente:

En la primera parte, se aplica la estadística descriptiva (análisis de frecuencia absoluta y relativa) e inferencial, donde se emplearon las pruebas no paramétricas: Mann Whitney y test exacto de Fisher, además de la utilización de tablas de contingencia.

En la segunda parte, mediante un enfoque multivariado, se realiza un ajuntamiento de variables, utilizando la técnica de Análisis de Componentes Principales Categóricas (CATPCA), donde las variables quedan agrupadas en seis dimensiones (3 referentes a la regulación emocional y 3 referentes a variables de otra naturaleza que tuvimos en cuenta). Lo anterior se realizó con el objetivo de contemplar todo el conjunto de variables predictivas simultáneamente y valorar su influencia en el control de la enfermedad, para obtener el nivel de significación entre ellas, así como la relación que poseen cada una de ellas entre sí y con el control de la enfermedad. Finalmente, se regresa a interpretar los resultados en términos de las variables originales.

De manera general, los datos fueron analizados fundamentalmente de manera cuantitativa. A pesar de lo anterior y en aras de propiciar que el análisis fuera más profundo y enriquecedor, se realizaron interpretaciones cualitativas de las técnicas aplicadas, ofreciéndole gran importancia a las reflexiones y verbalizaciones de los adolescentes durante los encuentros realizados, teniendo en cuenta, de esta manera, el recurso metodológico de triangulación y ofreciéndole un valor crucial al análisis de contenido.

Se trabajó con un nivel de significación (y por tanto la probabilidad del error) del 5% (0.05) y una confiabilidad del 95 %. Si la significación del test resulta menor que 0.05 se puede inferir que hay diferencias o asociación, si es mayor que 0.05 pero, al menos, menor que 0.10 puede considerarse medianamente significativo. Si es mayor que 0.10, definitivamente no se tiene razones suficientes para afirmar que tal asociación exista.

Es necesario destacar que, aunque se lleva a cabo un análisis de variables de múltiple naturaleza y su posible influencia en la HTA, debido a la cantidad de adolescentes que conforman la muestra (cantidad determinada fundamentalmente por el tiempo con que se cuenta para el desarrollo de la presente investigación), se realiza un acercamiento a dicha influencia, pero en niveles descriptivos más que correlacionales, ya que estos últimos necesitarían de una muestra más amplia. Es por ello que el tipo de estudio se declara como descriptivo.

Capítulo 3

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los principales resultados obtenidos, en función de ofrecer respuesta al problema científico que conduce la investigación y a los objetivos propuestos en la misma. Dichos resultados constituyen una integración del análisis de las técnicas interpretadas en cada adolescente hipertenso y generalizadas como grupo, teniendo en cuenta al propio adolescente objeto de estudio y sus contextos fundamentales de interacción.

En este sentido, los resultados se ofrecen en cuatro epígrafes fundamentales, donde se describen las características de la regulación emocional en los adolescentes hipertensos estudiados, teniendo en cuenta los indicadores de análisis propuestos; se analiza la posible influencia de las características de la regulación emocional sobre el control de la enfermedad en dichos adolescentes; se hace una comparación de las características de la regulación emocional entre adolescentes con HTA esencial y adolescentes normotensos y, por último, se realiza un análisis integral de los resultados obtenidos en la investigación.

3.1 Caracterización de la Regulación Emocional en adolescentes con HTA esencial, según los indicadores establecidos.

Teniendo en cuenta los enfoques actuales que explican la HTA esencial y su relación con los procesos emocionales, en el presente estudio se comprende la relación bidireccional existente en este sentido. Se conoce, además, que es una enfermedad donde los aspectos psicológicos como las emociones, confluyen junto a otros factores de riesgo para determinar multicausalmente este trastorno (Suazo, 2010).

Considerando lo anterior y partiendo de que en la presente investigación se asume el constructo de regulación emocional como categoría fundamental, se considera imprescindible realizar un análisis de cada una de las variables implicadas en la misma.

En este sentido, resalta la **percepción emocional**. En cuanto a la misma, se pudo conocer a través de entrevistas psicológicas a padres, maestros y al propio adolescente hipertenso, que estos son capaces de identificar emociones propias y ajenas como la alegría, la ansiedad, la ira y la tristeza. Lo anterior se encuentra estrechamente relacionado con las características de su etapa evolutiva, ya que en la misma la percepción emocional presenta un desarrollo mayor, respecto a edades anteriores: la persona logra reconocer la mayoría de las emociones, incluso las contradictorias, así como reconocer las emociones en los demás. En este sentido, se expresó: “soy nervioso”, “soy miedoso”, “soy susceptible y me ofendo con facilidad”, “las pruebas me ponen nervioso” (Entrevista psicológica al adolescente). Se pudo corroborar, también, la identificación de algunas emociones ajenas por parte de los adolescentes estudiados: “cuando tengo algún problema mi mejor amiga se pone muy triste”, “cuando me pasa algo mi mamá se preocupa

mucho y le dan deseos hasta de llorar” (Entrevista psicológica al adolescente). En todos los adolescentes estudiados (100%), se encontró la habilidad para reconocer las emociones propias y ajenas, descodificando señales emocionales de forma adecuada, por lo que la percepción emocional se presentó de la manera que se refleja en la siguiente tabla (Tabla 5).

Tabla 5. Percepción emocional.

<i>ADECUADA</i>	<i>PARCIALMENTE ADECUADA</i>	<i>INADECUADA</i>
20	0	0
100%	0%	0%

Respecto a la **comprensión emocional**, las principales dificultades se manifiestan en cuanto a la habilidad para comprender el significado de algunas emociones y conocer sus combinaciones (principalmente las propias), así como el sentido que las mismas tienen. Respecto a lo anterior y durante entrevistas psicológicas realizadas a padres, adolescentes y maestros, se expresa: “a veces me siento ansioso y no sé por qué”, “en ocasiones me siento mal y no sé la causa”, “...algunas veces me cuesta trabajo entender por qué me siento cómo me siento”(Entrevista psicológica al adolescente); “...a veces no sabe decirme qué es lo que más le gusta, ni qué es lo que menos le gusta”, “...en muchas ocasiones mi hijo se siente irritado y no sabe decirme qué es lo que lo pone así” (Entrevista psicológica a padres); “...las pruebas lo ponen muy nervioso, pero cuando le pregunto no sabe decirme por qué” (Entrevista psicológica a maestros). Además de lo anteriormente mencionado, a través de la aplicación del DERS-E, se obtuvo que un 20 % de la muestra estudiada expresa que a veces o la mayoría de las veces, “no tienen idea de cómo se sienten”, pudiéndose constatar, a través de las entrevistas, que las emociones o estados emocionales que más frecuentemente se les dificulta comprender son: la ansiedad, la ira y el miedo.

Es necesario precisar que estas dificultades en la comprensión emocional conllevan a deficiencias en el resto de los indicadores de la regulación emocional, por ser la percepción y la comprensión, la base esencial de los mismos. Es decir, si el adolescente desconoce las causas de su ansiedad o depresión, etc., difícilmente pueda enfrentar efectivamente dichas causas, incidiendo en la selección de sus estrategias de afrontamiento. Este elemento radica en dificultades en cuanto al conocimiento y comprensión que los adolescentes poseen, acerca de las causas que generan sus emociones o estados emocionales, pero no externas, sino desde el propio adolescente, sobre todo en cuanto a la comprensión de los determinantes de sus emociones displacenteras prolongadas y desadaptativas.

Por lo tanto, varios de los adolescentes hipertensos no identifican ni comprenden que las causas, en ocasiones, están en ellos mismos y en la forma de afrontar la situación. Pero lo anterior, a esta edad, más que una dificultad representa una característica propia de la etapa del desarrollo en que se encuentran. Es

decir, aunque se reconocen importantes avances en la comprensión emocional, sobre la base de logros significativos en los procesos cognitivos, aún el autoconocimiento, la disposición y capacidad del adolescente para la autorreflexión, el autoanálisis, etc., no se encuentran plenamente desarrollados. De este modo, como característica específica de la comprensión emocional en muchos adolescentes, la anterior no se consideró como determinante para el nivel de adecuación de este indicador, ya que en esencia, estos menores cuentan con la mayoría de los elementos de comprensión emocional acordes para su etapa evolutiva.

Por tal razón, los resultados obtenidos, indican que sólo en el 5% de los adolescentes la comprensión emocional resultó ser inadecuada, un 5%, también, en que se presenta parcialmente adecuada (ya que, si bien poseen limitada habilidad para comprender el significado de las emociones, ocasionalmente sí logran comprender las mismas) y en el 90% restante es adecuada, pues el adolescente generalmente cuenta con la habilidad para comprender el significado de las emociones y sus combinaciones, considerando su complejidad y causa, así como la transición de unas a otras (Tabla 6). Estos resultados coinciden, como se ha planteado anteriormente, con las características propias de esta etapa evolutiva, ya que en este período, los adolescentes poseen una mayor comprensión de sus estados afectivos y hacen más referencias a estados mentales o sentimientos internos cuando explican sus emociones (Meerum Terwogt, Schene y Koops, 1990 citado en Abarca, 2003).

Tabla 6. Comprensión emocional.

<i>ADECUADA</i>	<i>PARCIALMENTE ADECUADA</i>	<i>INADECUADA</i>
18	1	1
90%	5%	5%

En cuanto a la **expresión emocional**, se encontró que la mayoría de los adolescentes ocasionalmente son capaces de expresar sus emociones (cuando la situación no implica gran conflictividad), pero, al enfrentarse a situaciones muy difíciles y/o problemáticas, algunos reprimen sus emociones (fundamentalmente la depresión y la ira) y otros no son capaces de controlarlas, lo cual se relaciona, fundamentalmente, con características de la personalidad en formación, tales como la explosividad o la introversión. Lo anterior fue corroborado en las técnicas correspondientes, en las cuales se obtuvieron las siguientes expresiones: “cuando tengo genio me lo trago”, “cuando me siento mal me lo callo” (Entrevista psicológica al adolescente). En congruencia con lo anterior, se puede plantear que solo el 10% adoptan estilos expresivos, cuyos casos están relacionados con aquellos adolescentes que se caracterizan por ser expresivos, comunicativos y sociables. En tanto, un 65% asumen estilos semi-expresivos y el 25% represivos. En cuanto a este último, es preciso señalar que el adolescente reprime sus emociones,

intentando eliminar su experiencia emocional, pero mantiene una activación fisiológica no controlada que puede, en determinado momento, contribuir a disparar las cifras tensionales (Tabla 7), respecto a esto se expresa: “cuando tengo problemas con mis amigos, trato de no mostrar mi molestia, aunque por dentro siento un genio que me parece que voy a estallar y enseguida me sube la presión” (Entrevista psicológica al adolescente) .

Es importante señalar que la inhibición de la respuesta emocional en estos adolescentes, no sólo repercute en la efectividad de la regulación emocional, sino que puede traer consigo consecuencias muy negativas para su desarrollo personal en general. En tanto, dichas dificultades pueden *interferir en las estrategias de afrontamiento que el adolescente asuma y en la obtención del apoyo social, ya que a éste se le dificulta* la habilidad de pedir ayuda y de hablar sobre sus emociones. De esta forma, difícilmente pueda recibir el apoyo necesario de las personas significativas que le rodean ante determinadas situaciones, sobre todo en esta etapa, donde pueden ser especialmente orientados por maestros, padres e iguales. *A esto, también agregaríamos la incidencia negativa que pueda tener la inhibición de la respuesta emocional, en las relaciones que el adolescente desarrolle con sus iguales y con su entorno de manera en general,* influyendo desfavorablemente en su bienestar emocional.

Tabla 7. Expresión emocional.

EXPRESIVO	SEMI-EXPRESIVO	REPRESIVO
2	13	5
10%	65%	25%

En relación al **afrontamiento** que utilizan los adolescentes ante diversas situaciones, se pudo obtener como principal resultado, que este no es totalmente efectivo. Tal es así, que ante situaciones difíciles y/o problemáticas, el 15% asumen estrategias efectivas, mientras que un 30% utiliza estrategias parcialmente efectivas, permitiéndole resolver parcialmente el problema, aún cuando se produzcan en los adolescentes emociones displacenteras, pero sin que impliquen un desajuste emocional y un 55% asumen estrategias inefectivas, ya que el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y /o conductuales que no le permiten solucionar la situación problemática, produciéndose en él, además, un desajuste emocional, siendo estrategias orientadas fundamentalmente a la emoción y a la evitación, como: “salir y divertirme”, “pensar en otra cosa”, “oír música y ver televisión” y “dejar que Dios me ayude”(Entrevista psicológica al adolescente). Estas estrategias resultan inefectivas, porque dichos adolescentes las emplean ante los exámenes, para no tener que pensar en ellos y evadir el hecho de tener que estudiar, limitando la utilización de estrategias activas en la resolución de problemas y trayendo como consecuencia que los resultados sean desfavorables, produciéndose cierto malestar emocional. Sin

embargo, las estrategias mencionadas anteriormente, pudieran considerarse efectivas, si el adolescente las utilizara para atenuar o disminuir las emociones o estados emocionales displacenteros que afectan su bienestar.

Además de lo anteriormente mencionado, es importante destacar que, en los últimos años, se han estudiado las estrategias proactivas como un aspecto sumamente importante, viéndola relacionada a diferentes situaciones y contextos (Clemente y Adrián, 2004), lo cual guarda estrecha relación con el presente estudio. De esta manera, en más de la mitad de los adolescentes estudiados existen dificultades en cuanto a este tipo de estrategia, generalmente ante las evaluaciones o exámenes periódicos a que son sometidos en el contexto escolar. Es así, que se presenta la rumiación en diferentes momentos del proceso emocional, tanto antes de elicitar la respuesta emocional, como una vez que la misma se hace presente; de manera que los pensamientos negativos recurrentes conducen a estos adolescentes hipertensos, hacia la manifestación de emociones displacenteras como la ansiedad, sin contar con estrategias proactivas (fundamentalmente para el control y/o cambio de dichos pensamientos negativos). Por lo tanto, estos pensamientos repetidos invaden al adolescente y entorpecen la adopción de estrategias constructivas de solución de problemas (si éste es resoluble). Referente a esto, los adolescentes y padres expresan: “cuando tengo pruebas, siempre me parece que lo que estudio no es suficiente para aprobar”, “cada vez que tengo una evaluación empiezo a pensar que saldré mal y eso no me deja concentrarme” (Entrevista psicológica al adolescente), “...no quisiera que llegara nunca el período de exámenes porque en esos días mi hijo es todo el tiempo pensativo y diciendo que seguramente saldrá mal” (Entrevista psicológica a padres).

Es así que, la rumiación, con pensamientos recurrentes, en este caso negativos, acerca de los exámenes y su preparación individual ante ellos, se refleja en forma de preocupaciones que constituyen el núcleo central de la ansiedad.

Analizando los elementos antes expuestos, se comprende cómo los adolescentes hipertensos llevan a cabo diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales muchas veces, resultan inefectivas y, aún cuando el adolescente domina en cierto modo sus emociones mediante su empleo y logra concentrarse, se aprecian manifestaciones fisiológicas (onicofagia, hiperhidrosis, salto epigástrico, entre otras), lo que indica la activación de los sistemas de respuesta, trayendo consigo en estos casos la elevación de la PA.

De este modo, en el DERS-E, se pudo apreciar en un 50 % de los adolescentes hipertensos, la tendencia de éstos a marcar las opciones de respuesta: *La mayoría de las veces* y *Casi siempre*, en los ítems: “*Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor*” y “*Se me dificulta pensar en algo más*”. Esta técnica demuestra que las dificultades en la regulación emocional (estrategias de afrontamiento) de estos adolescentes, los conduce a experimentar vivencias displacenteras que no son capaces de regular y que afectan su actividad, su concentración y, por tanto, su bienestar.

Además, se observó en los adolescentes la tendencia en esta etapa a utilizar estrategias estereotipadas, con procesos valorativos inadecuados en el 85% de la muestra estudiada, primando la **valoración** más de la situación que de los recursos (internos y/o externos) con los que contaban éstos para afrontar la misma, en lo cual influyen las características de la personalidad y de la propia etapa evolutiva. Respecto a esto se expresa: “ante un problema corro a pedirle ayuda a mi mamá y no me detengo a pensar si puedo resolverlo sola”, “siempre ante una situación difícil le voy de frente y no pienso si tengo los recursos para resolverlo y eso en ocasiones me ha traído dificultades” (Entrevista psicológica al adolescente), “...ella antes de ver si puede resolver las cosas, primero me llama y luego es que se da cuenta que podía hacerlo sin mi ayuda” (Entrevista psicológica a padres).

De lo anterior, se destaca la importancia de estimular la autonomía del adolescente, sobre la base de sus potencialidades y habilidades, ya que en el 40% de los casos de estudio se encontraron familias que limitan la autonomía y la toma de decisiones de estos adolescentes. En este sentido, se plantea la necesidad de lograr una autonomía emocional, conductual (Abarca, 2003) y cognitiva (Oliva y Parra, 2001), referida la primera a la desvinculación emocional y liberación de la necesidad de apoyo emocional de los padres (Oliva y Parra, 2001), es decir, que no siempre sean los padres la fuente de comodidad, tranquilidad y seguridad emocional (Abarca, 2003), sobre la base de relaciones afectivas positivas, de un equilibrio entre dicha autonomía y el mantenimiento de una buena relación con los padres (Oliva y Parra, 2001).

Además de lo anterior, es preciso señalar, que la capacidad de seleccionar las posibles alternativas de afrontamiento ante una situación problemática, puede condicionar la vulnerabilidad psicológica a un estado psíquico situacional. En el caso de los adolescentes, aunque muchos ya cuentan con la capacidad de seleccionar la mejor alternativa de afrontamiento ante una situación, posibilitándose un afrontamiento más adaptativo, en ocasiones siguen siendo estereotipadas, lo cual se constituye en una dificultad cuando se convierte en un factor que afecta su bienestar, al menos de forma parcial, como sucede en los menores estudiados.

Por tanto, el afrontamiento de los adolescentes de la muestra estudiada se comporta de la siguiente forma (Tabla 8):

Tabla 8. Afrontamiento.

<i>EFFECTIVO</i>	<i>PARCIALMENTE EFFECTIVO</i>	<i>INEFFECTIVO</i>
3	6	11
15%	30%	55%

La ineffectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes hipertensos estudiados, constituye manifestación de deficiencias en la regulación emocional, lo cual influye en la pérdida del carácter funcional y adaptativo de las emociones, derivando así, en estados emocionales displacenteros, dentro de los cuales fueron estudiados: la ansiedad, la depresión y la ira.

En el caso de la **ansiedad**, fue constatada en el 100% de los casos, siendo la emoción que vivencian con mayor frecuencia e intensidad, lo cual fue corroborado en entrevistas psicológicas a padres, maestros y al propio adolescente, así como en el IDAREN. Se manifestó como ansiedad rasgo media en el 65% de los adolescentes y ansiedad rasgo alta en el 35% restante, no obstante, se coincide con Pedraza (2009), Suazo (2010) y Balsa (2012) en que aún en esta etapa se encuentra en formación y desarrollo la personalidad, por lo que no podemos afirmar que la ansiedad como rasgo constituye un factor que se estabiliza en la regulación psicológica de los mismos.

De igual manera, fue constatada la ansiedad estado media en el 85% del grupo de estudio y ansiedad estado alta en el 15% restante, lo que evidencia que en los adolescentes estudiados, existe una tendencia a responder de forma ansiosa y con sentimientos de tensión ante los estímulos que le resulten amenazantes. Las manifestaciones más frecuentes referidas por los adolescentes hipertensos pertenecen a las dimensiones cognitiva (preocupación y afectaciones del rendimiento intelectual), motora (intranquilidad) y fisiológica (taquicardia, hiperhidrosis, onicofagia y salto epigástrico). Referente a esto, los adolescentes y padres expresan: “yo me como las uñas”, “me sudan mucho las manos”, “siento mariposas que me saltan en el estómago” (Entrevista psicológica al adolescente), “...mi niño es muy ansioso, siempre se pone así ante las pruebas” (Entrevista psicológica a padres). Estas manifestaciones de ansiedad también fueron identificadas en las observaciones realizadas durante el proceso investigativo, percibiéndose fundamentalmente, los movimientos constantes de pies, sudoraciones y onicofagia.

La aparición de dicha emoción, se encuentra asociada principalmente a dificultades en la actividad de estudio, de manera que los adolescentes hipertensos consideran esta área como una fuente generadora de ansiedad, en el 75% de los casos. En este sentido, se presentan dificultades en las relaciones maestro-alumno, en la cantidad de tiempo que deben permanecer en el aula, en las dificultades para concentrarse en clases, lo que fue manifestado en el IPJ en el 40% de la muestra estudiada, la falta de motivación que experimentan por esta actividad y fundamentalmente, los exámenes periódicos a los que son sometidos. De esta forma, respecto a la actividad de estudio, los adolescentes señalan: “es difícil concentrarme”, “me es difícil mantener la atención en clases”, “odio la escuela”, “no me gustan mis estudios actuales” (IPJ).

Resulta necesario ampliar la ansiedad vinculada a la situación de examen, anteriormente referida, ya que resultó un aspecto que se manifiesta en un 75% de los adolescentes de estudio, lo cual indica que es una de las fuentes que más ansiedad genera e incluso, antes de presentarse a la misma, coincidiendo con otros estudios (Bausela, 2005; Mondéjar, 2009).

Resulta significativo que, de 14 adolescentes con ansiedad ante los exámenes, 7 (35 %) presentan buenos resultados académicos. Sin embargo, las características de su personalidad en formación, principalmente la inseguridad y la propia ansiedad rasgo, propician la preocupación, incertidumbre y el temor ante las situaciones evaluativas, manifestándose una baja percepción de control, todo lo cual los conduce a vivenciar anticipadamente la ansiedad: “nunca me siento segura para las pruebas y eso me pone muy ansiosa” (Entrevista psicológica al adolescente). De esta forma, se manifiesta una de las características más distintivas de dicha emoción: su naturaleza anticipatoria, planteada por Spielberger y corroborada a través de múltiples estudios (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polanía y Rodríguez, 2005).

Si bien esta naturaleza anticipatoria le confiere capacidad adaptativa a la ansiedad, cuando se anticipa a peligros pequeños, infundados o irreales, de forma desproporcionada, se convierte en desadaptativa, lo cual se evidencia con frecuencia en estos adolescentes, no sólo en el ámbito académico y ante los exámenes, sino ante disímiles situaciones, debido a la ansiedad rasgo que presentan. En este sentido, se puede plantear que, en los adolescentes hipertensos de estudio, se aprecian dificultades en el componente cognitivo de la emoción.

Además, se pudo comprobar y coincidiendo con Mondéjar (2009), que en la muestra estudiada la ansiedad ante los exámenes, se presenta como consecuencia de varios elementos, dentro de los que se encuentran: **el rasgo de ansiedad**, la importancia del examen, la percepción de control, las experiencias previas, poca preparación, factores relacionados con el medio ambiente y otros factores psicológicos y biológicos, a los cuales agregaríamos el importante papel que juega la familia, ya sea en uno u otro sentido, de forma que hay estudiantes con mayores dificultades en la regulación emocional y que por tanto, se presentan más vulnerables que otros a instaurar un estado de ansiedad.

Se precisó que, además de la actividad de estudio, la enfermedad también constituye un factor potenciador de ansiedad en los adolescentes estudiados, en el 65% de los casos. Fundamentalmente, aquellos elementos relacionados con los cambios producidos en el estilo de vida a raíz del diagnóstico de la enfermedad: “cuando no puedo comer lo que quiero, me pongo muy ansioso”, “cuando me descompenso me dan mariposas en el estómago y me empiezan a sudar las manos” (Entrevista psicológica al adolescente), “...él se come las uñas y se pone muy ansioso cuando no lo dejo comer lo que quiere” (Entrevista psicológica a padres). Precisamente por lo anterior, se considera que los adolescentes de estudio no cuentan con recursos y estrategias personales que le permitan afrontar eficientemente dichos cambios en el estilo de vida, lo cual le generan manifestaciones ansiosas.

Teniendo en cuenta los aspectos abordados anteriormente, se puede afirmar que la ansiedad afecta parcialmente el bienestar psicológico del 100% de estos pacientes con HTA estudiados. En este sentido, los adolescentes manifiestan dificultades en la regulación adecuada de dicha emoción, afectándose su

carácter funcional y adaptativo, ya que repercute negativamente en el desempeño y bienestar del adolescente.

Es importante también precisar, que los niveles de ansiedad alta y media, tanto en la ansiedad rasgo en formación y como estado, resultaron estadísticamente relevantes en los adolescentes hipertensos estudiados. Por tanto, la presencia de ansiedad se manifestó en los adolescentes con HTA, de la siguiente forma (Tabla 9):

Tabla 9. Presencia de Ansiedad en los adolescentes hipertensos estudiados.

ANSIEDAD	BAJA	MEDIA	ALTA
Rasgo	0 (0%)	13 (65%)	7 (35%)
Estado	0 (0%)	17 (85%)	3 (15%)

En cuanto a la **depresión**, se pudo constatar que la sintomatología depresiva se presenta baja en el 15% de los casos, media en el 15% de los adolescentes y alta en un 70% del grupo estudiado. Referente a lo anteriormente planteado, en el CDI el 60% de los adolescentes hipertensos refieren: “De vez en cuando estoy triste”, mientras que en el Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos, el 25% de los padres señalan que sus hijos están tristes *siempre* y el 20% señalan que *algunas veces*.

En relación a la autoestima, como un indicador esencial de la depresión, según el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, se pudo apreciar que fueron especialmente marcados los ítems referidos a la misma, lo que evidencian afectaciones en este sentido, representando un elemento significativo a la hora de vivenciar y afrontar las situaciones que le generan malestar emocional a estos adolescentes. En dicho inventario los adolescentes hacen alusión a frases como: “no me gusta como soy”, “todas las cosas malas son por mi culpa”, “nunca seré tan bueno como otros niños”, “nunca me va a salir nada bien”. Esto evidencia que la baja autoestima puede convertirse en generadora de estados emocionales displacenteros, influyendo así, en la percepción de control que el adolescente posea de las diferentes situaciones que se le presenten.

Estos resultados evidencian la presencia de depresión en los adolescentes hipertensos estudiados, los cuales están estrechamente relacionados con conflictos en el área escolar y familiar, así como con los cambios en el estilo de vida que deben seguir los adolescentes de acuerdo a las exigencias que trae consigo el padecimiento de la HTA esencial; expresándose en términos de tristeza, aislamiento, preocupación constante, hostilidad hacia quienes los rodean, pérdida de energía, disminución del interés

en las actividades escolares, dificultad para concentrarse, y por ende, inadecuado funcionamiento académico. Referente a lo anterior, los padres y adolescentes con HTA manifiestan: “...me siento triste y decaída muchas veces”, “...en ocasiones quisiera estar sola” (Entrevista psicológica al adolescente), “...a veces noto a mi hija preocupada, triste y sin ánimo de nada y eso me preocupa”, “hay días en los que mi hijo no se levanta de la cama” (Entrevista psicológica a los padres). Se evidencian, por lo tanto, dificultades en la regulación del presente estado emocional, comportándose la depresión en los adolescentes de la muestra estudiada de la siguiente manera (Tabla 10):

Tabla 10. Presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes hipertensos estudiados.

BAJA	MEDIA	ALTA
3	3	14
15%	15%	70%

Respecto a la evaluación de la **ira**, en los adolescentes con HTA esencial, a través de las técnicas correspondientes, se constató el predominio de ira rasgo media en el 50% de los casos, ira rasgo elevado en el 30% e ira rasgo muy alta en el 10% del grupo de estudio, lo que demuestra que estos adolescentes son generalmente rápidos en enojarse y pueden expresarla con escasa provocación. Otros datos indican que existe una prevalencia de ira estado baja en un 45% de la muestra, al igual que ira estado media; mientras que ira estado elevada y muy alta se presentó en un 5%. (Tabla 11):

Tabla 11. Presencia de Ira en los adolescentes hipertensos estudiados

IRA	BAJA	MEDIA	ELEVADA	MUY ALTA
Rasgo	2 (10%)	10 (50%)	6 (30%)	2 (10%)
Estado	9 (45%)	9 (45%)	1 (5%)	1(5%)

Por tanto, el control de la ira se evidenció muy alto en un 5% de los casos, elevado en un 40%, medio en un 40% también y bajo en un 15% de los casos estudiados (Tabla 12). Lo anterior evidencia que las acciones efectuadas por los adolescentes para controlar sus sentimientos de enojo, evitando su manifestación ante otras personas, no son siempre o totalmente efectivas ante las situaciones que le resultan irritantes, ya que pueden manifestar la ira mediante expresiones agresivas. Respecto a lo anterior,

se manifiesta: “me altero fácilmente”, “soy susceptible y me ofendo con facilidad”, “a menudo hago cosas de las que luego me arrepiento” (IPJ).

Es importante destacar que estas manifestaciones se producen, fundamentalmente, en el ámbito familiar. Según las perspectivas de los padres, las reacciones de los adolescentes en algunas situaciones en las que se encuentran irritados se circunscriben, mayormente, a tirar objetos y puertas, a decir cosas desagradables y realizar amenazas verbales. Esto habla a favor, en algunos casos, de una expresión de emociones intensa y poco regulada, evidenciando nuevamente la presencia de dificultades en este aspecto.

Por otra parte, existen adolescentes que reprimen continuamente su ira cuando, por ejemplo, los ofenden en la escuela o en cualquier otro ámbito. Es importante destacar que estos adolescentes que reprimen sus emociones y no saben intercambiar con las demás personas acerca de cómo los hace sentir determinadas situaciones, pueden sufrir de una activación fisiológica no controlada, produciéndose un desequilibrio entre los sistemas de respuesta.

En tal sentido se pudo comprobar mediante el STAXI y las demás técnicas correspondientes que el 15% de los adolescentes estudiados externalizan su ira, el 25 % la internalizan y el 60% tiende en ocasiones a suprimir y en otras a expresar, sus sentimientos de ira.

Lo anterior demuestra la tendencia que existe en los adolescentes hipertensos estudiados, a experimentar la ira con frecuencia media y ante causas específicas. No obstante, se aprecian afectaciones en la regulación que hacen estos adolescentes del presente estado emocional.

Tabla 12. Control de la Ira en los adolescentes hipertensos estudiados.

CONTROL DE LA IRA		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
Válidos	Bajo	3	15
	Medio	8	40
	Elevado	8	40
	Muy alto	1	5
	Total	20	100

En las dificultades presentes en estos adolescentes, en cuanto a su regulación emocional, no se puede dejar de mencionar el importante papel que juega **la familia** como célula fundamental que puede desarrollar o no, desde etapas tempranas de la vida, las estrategias adecuadas de regulación emocional. En este sentido, en el 75% de los adolescentes estudiados, se mostró la influencia de este contexto, en la generación de vivencias displacenteras y/o en el desarrollo de conductas riesgosas vinculadas a la enfermedad: “...lo que más me preocupa de mi familia es que mis padres están peleando siempre, eso me

pone muy triste”, “a veces siento deseos de irme de la casa porque mis padres discuten mucho”, “hay discusiones y peleas constantes en mi casa, lo cual me pone muy ansioso”, “no puedo discutir mis problemas personales con mis padres y eso me da mucha tristeza (Entrevista psicológica al adolescente). De este modo, se apreciaron estilos educativos inadecuados, entre los cuales se encontraron: rigidez, sobreprotección, limitación y conflictos.

Sin embargo, se logró identificar como factor protector el apoyo social, además, de la preocupación de los familiares por la enfermedad de los adolescentes, situación que podría percibirse como un elemento positivo en la potenciación de estilos educativos funcionales.

Además de la familia, en el **contexto escolar** se presentaron en un 75% del total de los adolescentes, dificultades en las relaciones con los coetáneos, con la maestra, bajos índices de rendimiento académico y/o ansiedad ante los exámenes u otras situaciones escolares, constituyendo una de las fuentes más generadoras de estrés, ansiedad y síntomas de tristeza en ellos, lo que contribuye a que, en determinado momento, se disparen las cifras tensionales. De esta manera, en aproximadamente un 50 % de la muestra, ocurre la descompensación de dichas cifras durante su permanencia en el contexto escolar: “casi siempre me sube la presión estando en la escuela, me tienen que llevar al médico y avisar a mi mamá”; “mi mayor problema en la escuela son las notas, porque cuando estas son malas me pongo muy triste”, “...me llevo más o menos con la profe porque cuando le hablo no me hace caso y eso me da mucho genio”, “...cuando tengo prueba me pongo muy ansiosa que casi no puedo ni estudiar y enseguida se me dispara la presión” (Entrevista psicológica al adolescente), “mis profesores tienen alumnos preferidos”, “mis profesores no me comprenden” (IPJ); “a veces me avisan al trabajo, pues lo ven rojo y enseguida lo llevan a tomar la presión y la tiene por el cielo”, “cuando vienen las pruebas, ya sé que se va a poner mal” (Entrevista psicológica a padres). En esta área, se destaca la identificación de ansiedad, nerviosismo, intranquilidad, miedo e inseguridad en estos adolescentes. Sin embargo, se logró determinar que existen buenas relaciones entre la familia y la escuela, lo cual puede constituir un factor protector en el caso de la muestra estudiada.

Otro contexto no menos importante en la generación de estados emocionales, es **la relación con los coetáneos**, la cual se vio medianamente adecuada e inadecuada en 12 casos, lo que representa un 60% del total de pacientes estudiados, significando que en dichos adolescentes las relaciones con sus iguales son generadoras de vivencias displacenteras que afectan, de cierto modo, el bienestar personal. En este sentido, se pudo precisar que dichos adolescentes no mantienen relaciones favorables y efectivas con sus iguales, caracterizándolas el pobre intercambio de ideas, afecto y opiniones con alguno o algunos de ellos; es frecuente el rechazo por parte de los coetáneos hacia el adolescente, lo que influye en la formación de una inadecuada autovaloración o baja autoestima. Además, se constató la existencia de peleas frecuentes, aislamiento y sentimiento de soledad, así como poco contacto comunicativo y afectivo

entre éste y sus iguales. Respecto a esto, señalan: “...cuando discuto con los pocos amigos que tengo, cojo mucho genio”, “...no le gusto a mucha gente, lo sé porque siempre se burlan de mí y eso me pone muy deprimida” (Entrevista psicológica al adolescente), “no soy popular entre mis amigos”, “los demás muchachos se ríen de mí por lo que luzco y porque soy malo en los deportes” (IPJ).

En las dificultades anteriores, influyen en cierta medida las características físicas de los adolescentes hipertensos, fundamentalmente la obesidad y el sobrepeso (45%), resaltando las burlas y nombretes que reciben por parte de sus iguales, con la consecuente incidencia en su autoimagen física y autoestima.

Según lo abordado hasta el momento, se puede plantear entonces, que la ansiedad y la depresión son las emociones o estados emocionales mayormente experimentadas por los adolescentes hipertensos estudiados. Dichos estados presentan tendencia a la inadaptabilidad, ya que, muchas veces, no existe correspondencia entre la intensidad y duración de los mismos con respecto a la situación que los originó; además, estos estados no conducen a dar una respuesta efectiva a la situación desencadenante, entorpeciendo sus relaciones con el entorno, por lo que existen afectaciones en la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones, que inciden en el bienestar emocional de estos pacientes.

De manera general, se encontraron dificultades en **la interpretación, evaluación y valoración** que realizan los adolescentes estudiados de los diferentes estímulos o situaciones elicitadores de emociones o estados emocionales displacenteros, en el 75% de la muestra estudiada, refiriendo: “para mí las pruebas son la muerte, porque me parece que no tengo la inteligencia ni las habilidades para salir bien en ellas” (Entrevista psicológica al adolescente). La valoración de las situaciones y/o estímulos como amenazantes, centrándose en aspectos negativos de la situación para hacer frente a la misma, constituye una tendencia en estos adolescentes, en lo cual influyen las dificultades en la autoestima, la baja percepción de control emocional y los niveles de ansiedad presentes en ellos: “soy nervioso, me pongo muchas veces así ante los exámenes, aunque salgo bien”, “cuando tengo prueba me pongo muy ansiosa, casi no puedo ni estudiar”, “me preocupan las pruebas, tengo muchas y eso me pone nerviosa”, “siempre me parece que voy a salir mal en las pruebas”, “cuando pienso en las pruebas me da mucha tristeza y miedo” (Entrevista psicológica al adolescente).

Una vez expuestos los resultados anteriores, se hacen evidentes las afectaciones existentes en el **bienestar emocional** de los adolescentes con HTA esencial. Este indicador se presentó de manera alta en el 5% de los casos, media en el 15% de la población de estudio y baja en el 80% de los adolescentes con HTA esencial. Este último dato indica que, al menos, existe en estos adolescentes un estado emocional que pierde su carácter funcional y adaptativo, con predominio de vivencias emocionales displacenteras. Respecto a esto, los adolescentes expresan: “no pienso en un proyecto para mi vida”, “casi siempre me siento mal emocionalmente”, “a veces he pensado que no vale la pena vivir” (Entrevista psicológica al adolescente), “este estudiante es muy inestable: un día se siente bien, calmado, contento; pero al día

siguiente está intranquilo, triste” (Expediente escolar). Lo expuesto anteriormente evidencia afectaciones en el bienestar emocional y por tanto, en la regulación emocional.

Las afectaciones presentes en los indicadores anteriores, traen consigo por ende, deficiencias en la **regulación emocional** de los adolescentes estudiados con HTA esencial en el 100% de los casos, presentándose en un 20% de forma parcialmente adecuada y un 80% de manera inadecuada, lo que demuestra dificultades en la capacidad del adolescente de modular sus emociones de forma eficaz, entorpeciendo la adaptabilidad de las mismas, sobre la base de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de controlar, evaluar y modificar reacciones emocionales.

En la regulación emocional que presentan estos adolescentes, tal y como se precisa en el párrafo anterior, el indicador más afectado lo constituye el afrontamiento, de manera que se aprecia en ellos un escaso repertorio de estrategias en este sentido, el uso de estrategias poco adaptativas y/o su utilización poco flexible ante situaciones difíciles, conllevando a la presencia de estados emocionales displacenteros (fundamentalmente ansiedad y depresión), que constituyen expresión de dificultades en la regulación emocional y que por consiguiente, influye en el bienestar subjetivo del adolescente.

Por tanto, se hace necesario desarrollar estrategias encaminadas a fomentar la regulación emocional adecuada, ya que se conoce que las emociones ayudan a responder efectivamente ante oportunidades y desafíos, sin embargo, no siempre son útiles. Para que lo sean, se requiere desarrollar la capacidad de cómo y cuándo regularlas para alcanzar las metas propuestas y lograr un adecuado nivel de bienestar (Rendón, 2007).

3.2 Análisis de la relación entre las características de la regulación emocional y el control de la enfermedad, en adolescentes con HTA esencial.

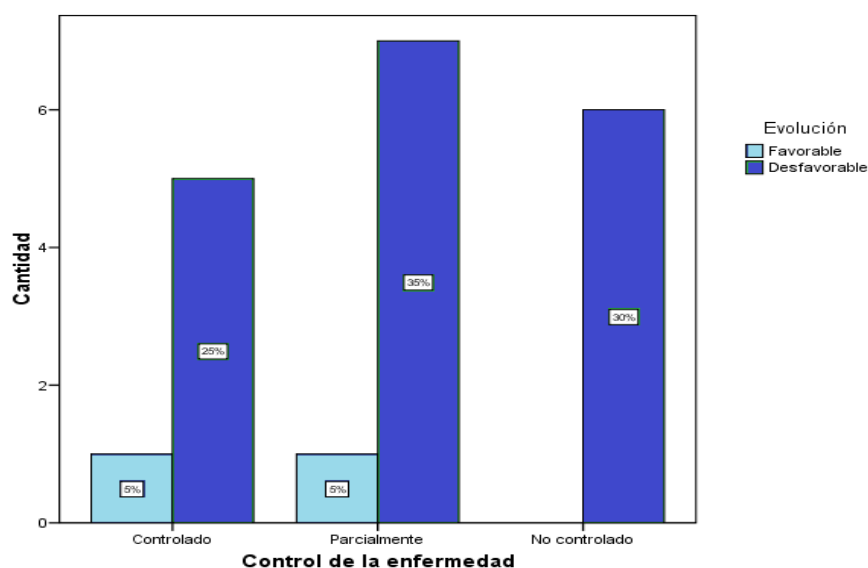
Siendo la HTA esencial un trastorno de naturaleza multicausal, se hace imprescindible analizar los efectos interactivos de distintas variables sobre el control de la enfermedad desde un enfoque multidisciplinario.

Teniendo en cuenta lo anterior y como resultado de la presente investigación, se pudo encontrar que 5 de los pacientes estudiados se encuentran controlados totalmente, lo cual representa un 25% del total. Mientras que 8 de ellos (40 %), presentan un control parcial de la enfermedad, lo que significa que, al menos una vez en las últimas tomas de presión, ha existido un aumento de las cifras tensionales. Los 7 adolescentes restantes de la muestra se encuentran no controlados, representando un 35% de la población de estudio. Estas cifras coinciden con investigaciones realizadas en adultos, donde son alarmantes los datos de pacientes hipertensos no controlados, reportándose en muchos estudios que entre el 50 y el 70% de los hipertensos, no controlan adecuadamente sus cifras tensionales (Alfonzo, 2010).

A partir de estos datos, se analiza a continuación las principales diferencias que se encontraron entre los pacientes con un control inadecuado y parcialmente adecuado de la enfermedad, con aquellos que controlan adecuadamente sus cifras tensionales.

En estrecha relación con lo anterior, de los que presentan dificultades en el control, 13 (86,7%) reconocen que la enfermedad ha sido generadora de estados emocionales displacenteros, presentando una evolución desfavorable en este sentido y facilitando en estos adolescentes, los períodos de descompensación (Gráfico 1): “...cada vez que me descompenso me pongo muy ansiosa”, “cuando me sube la presión me pongo muy triste y no me dan deseos de tomarme los medicamentos” (Entrevista psicológica al adolescente). Esto demuestra la bidireccionalidad de este proceso, es decir, los estados emocionales displacenteros y su inadecuada regulación no solo pueden contribuir al debut y evolución de la enfermedad como se ha dicho anteriormente, sino que ésta puede generar, a su vez, dichos estados.

Gráfico 1: Control de la enfermedad y su evolución, en cuanto a la generación de estados emocionales displacenteros.



Teniendo en cuenta lo anterior y corroborado lo planteado por Pedraza (2009), se identificó la dinámica que se establece en los períodos de descompensación de la enfermedad, cuando los adolescentes con HTA esencial se sienten más vulnerables, debido a que deben tomar medidas en función de una rápida estabilización de las cifras tensionales. En esos momentos, dichos estados emocionales transitan de la tristeza, a síntomas de ansiedad y a la ira, predominando manifestaciones de matiz displacentero que, indudablemente, afectan la evolución favorable de la enfermedad y el bienestar psicológico de los adolescentes hipertensos. Referente a lo anterior, se expresa: “cada vez que me veo en las consultas me siento enfermo y eso me deprime, luego me como hasta las uñas en espera del veredicto del doctor y si

por casualidad me dice que tengo la presión alta, entonces me entra un genio que quisiera salir volando” (Entrevista al adolescente).

En este sentido, de los adolescentes parcialmente controlados y no controlados, el 100% presenta **ansiedad** como estado y como característica de rasgo en formación. De este total, el 60% posee ansiedad rasgo media y el 40% restante presenta ansiedad rasgo alta. Así mismo, un 73,3% de estos adolescentes poseen ansiedad estado media y un 26,7% ansiedad estado alta. En consecuencia, los adolescentes con altos niveles de rasgo de ansiedad, se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y, por tanto, mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos, destacando la relación existente entre las dificultades de la regulación emocional y el control de la enfermedad.

De este modo, los cambios que deben asumir los adolescentes hipertensos en su estilo de vida, fundamentalmente la prohibición de algunos tipos de comidas ricas en carbohidratos y grasa, generan gran ansiedad en el 65% de estos pacientes, respecto a esto señalan: “no es fácil dejar de comer pizza y pan,” “cuando veo las cosas fritas que me encantan y no las puedo comer me pongo muy ansioso”, “no es fácil ver cosas que te gusten comer y tener que virar la cara, eso me da por comerme las uñas”(Entrevista psicológica al adolescente); “es una ansiedad constante por comer” (Entrevista psicológica a padres). Esto evidencia cómo la ansiedad generada por los cambios que el adolescente debe asumir en su estilo de vida en cuanto a la dieta, una vez diagnosticada la enfermedad, genera a su vez, afectaciones en la adherencia al tratamiento no farmacológico (manifestado en el 30% de la muestra estudiada) (Tabla 13), ya que al adolescente le aumentan los deseos de ingerir alimentos, repercutiendo en la posible presencia de sobrepeso, característica que presentan casi todos los adolescentes con HTA esencial y que es otra de las variables de nuestro estudio, analizada más adelante.

Tabla 13. Distribución muestral según la adherencia al tratamiento no farmacológico.

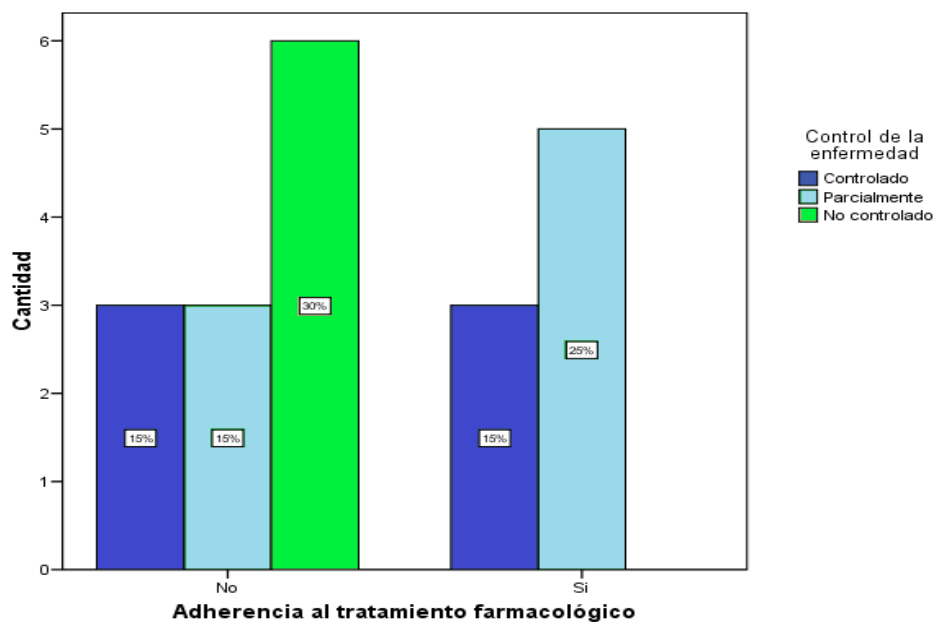
<i>ADHERENTES AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÒGICO</i>	<i>NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÒGICO</i>
14	6
70%	30%

En este sentido, se pueden desatar, además, **conductas adictivas** (tabaquismo, alcoholismo y otras), que constituyen factores de riesgo en el debut y evolución de la HTA esencial. Es preciso señalar que, aunque este aspecto solo se manifestó en un 5% de la muestra estudiada, resultan necesarias estrategias educativas por parte de la familia, el personal médico, la escuela, entre otros, en aras de prevenir tales conductas.

Se pudo comprobar además, mediante las técnicas aplicadas, que de los adolescentes con mayores dificultades en el control de sus cifras tensionales, el 20% presentan **depresión** media y el 66, 7% presentan depresión alta. Sin embargo, se pudo precisar que este estado emocional mayormente tiene lugar en períodos de descompensación de estos adolescentes. En relación con esto, los padres declaran: “...cuando está descompensado de la presión no quiere salir con sus amigos, se acuesta y se entristece, y a veces coge hasta roña, dando malas contestas a quien tiene alrededor”, “cuando le sube la presión se pone muy triste y siempre dice que no va a hacer más dieta, ni tomar medicamentos porque de todas formas se va a morir” (Entrevista psicológica a padres). Lo anterior evidencia una vez más, cómo la inadecuada regulación de la tristeza, puede influir negativamente, tanto en la adherencia al tratamiento no farmacológico, como farmacológico.

Precisamente, en cuanto a la adherencia al tratamiento, del total de pacientes que se encuentran parcialmente controlados y no controlados, 9 de ellos, lo que representa un 60%, no son adherentes al **tratamiento farmacológico**, siendo esta otra de las variables que puede estar ejerciendo una gran influencia en la evolución desfavorable de la enfermedad hipertensiva (Gráfico 2).

Gráfico 2. Adherencia al tratamiento farmacológico y control de la enfermedad.



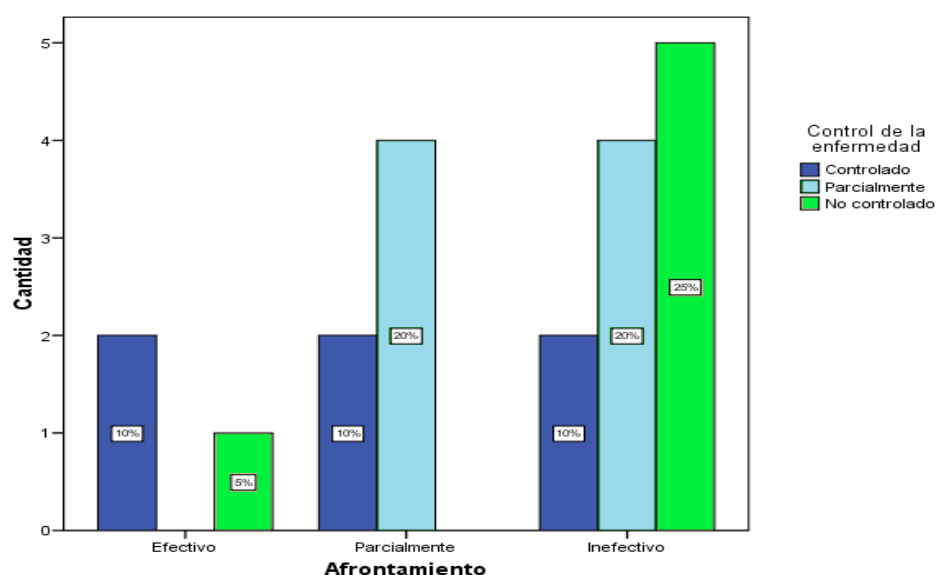
Así mismo, se comprobó mediante las técnicas correspondientes, que del total de pacientes que presentan un control inadecuado y parcial de la enfermedad, el 93,3% presentan **ira** rasgo media, elevada y muy alta, lo que significa que estos adolescentes son rápidos en enojarse y expresan su ira con escasa provocación. De la misma forma, el 46,7% presentan ira estado media, elevada y muy alta, y el 66,7% presentan un control de la ira medio y bajo. En relación con lo anterior, los padres expresan: “...me ha contado la maestra que en la escuela ha tenido problemas con algunos de sus compañeros y le ha dado a

ella malas contestas, por lo que tiene que regañarlo y entonces le sube la presión”, “...cuando tiene problemas con alguno de sus amigos porque es muy impulsivo, enseguida la presión se le dispara” (Entrevista psicológica a padres). Esto evidencia un marcado predominio de la ira en estos adolescentes estudiados, así como un bajo dominio de la misma, que influye junto a otros factores, en el control de la enfermedad.

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento**, se pudo precisar que de los adolescentes con dificultades en el control de sus cifras tensionales, el 86,7% de estos casos, utilizan estrategias parcialmente efectivas e inefectivas, con la consecuente repercusión en el bienestar emocional y la salud (Gráfico 3).

Los adolescentes con HTA esencial no controlada poseen un rango bajo de bienestar emocional, lo que indica dificultades en la variable central del presente estudio. Lo anterior evidencia la relación existente entre la regulación emocional y el control de las cifras tensionales en estos adolescentes.

Gráfico 3. Control de la enfermedad y estrategias de afrontamiento.



Como se ha demostrado anteriormente, la presencia de dichos estados emocionales y las dificultades en la regulación de los mismos, interfieren en la adherencia al tratamiento y afectan en gran medida, junto a otras variables, el control de las cifras tensionales, trayendo consigo períodos de descompensación en los adolescentes con HTA esencial, algunas de las cuales se analizan a continuación.

En primer lugar, en cuanto a la **herencia familiar de HTA**, se ha identificado que la presión arterial sufre un fenómeno biológico de agregación familiar y se sugiere que la herencia desempeñaría un papel importante en su transmisión (Mijares, 2005). Respecto a esto, de los 20 adolescentes estudiados con HTA esencial, 19 de ellos presentan antecedentes familiares de HTA, lo que representa un 95% del total, coincidiendo de esta forma con la literatura y estudios mundiales (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución muestral según los antecedentes familiares de HTA.

<i>PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES</i>	<i>NO PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES</i>
19	1
95%	5%

Otra de las variables con mayor prevalencia en el debut y evolución de la HTA esencial y que por tanto, tomamos en cuenta en nuestro estudio es la **obesidad**. Se pudo comprobar que del total de casos estudiados el 45% de ellos son obesos (Tabla 15), en tanto, de los 15 casos que se presentan parcialmente controlados y no controlados 8 de ellos poseen obesidad, lo que puede estar demostrando la gran incidencia de esta variable en la evolución de la enfermedad.

Tabla 15. Distribución muestral según la presencia de obesidad.

<i>PRESENCIA DE OBESIDAD</i>	<i>AUSENCIA DE OBESIDAD</i>
9	11
45%	55%

Las características físicas de sobrepeso y obesidad, son aspectos que influyen en las relaciones de estos adolescentes con sus iguales, como anteriormente fue referido. Son adolescentes que se perciben diferentes a los demás, inseguros, con baja autoestima y preocupación por su aspecto físico: “...me preocupa el modo de mejorar mi figura”, “...quisiera saber si mi energía y resistencia son normales” (IPJ); “...quisiera bajar de peso, pero ni con dieta lo logro” (Entrevista psicológica al adolescente). Al considerar las características de la adolescencia, lo anterior adquiere especial relevancia, precisamente porque la neoformación de la etapa es la consolidación de la autoimagen, la cual posee gran influencia en el bienestar emocional de los adolescentes, así como en sus relaciones con los coetáneos.

En este sentido, se precisó en los **hábitos dietéticos**, por ser una de las causas fundamentales del sobrepeso y por constituir uno de los factores mayormente afectados por la ansiedad en estos pacientes con HTA esencial, hallando que el 65% de los adolescentes estudiados no presentan hábitos dietéticos adecuados (Tabla 16), así como en 10 del total de casos que se presentan como no controlados y parcialmente controlados (66,7%). Este indicador es otro, de los que, unido a las demás variables, aumentan la vulnerabilidad de la enfermedad y donde la influencia de la familia juega un rol fundamental en este aspecto.

Tabla 16. Distribución muestral según los hábitos dietéticos.

PRESENCIA DE HÁBITOS DIETÉTICOS	NO PRESENCIA DE HÁBITOS DIETÉTICOS
7	13
35%	65%

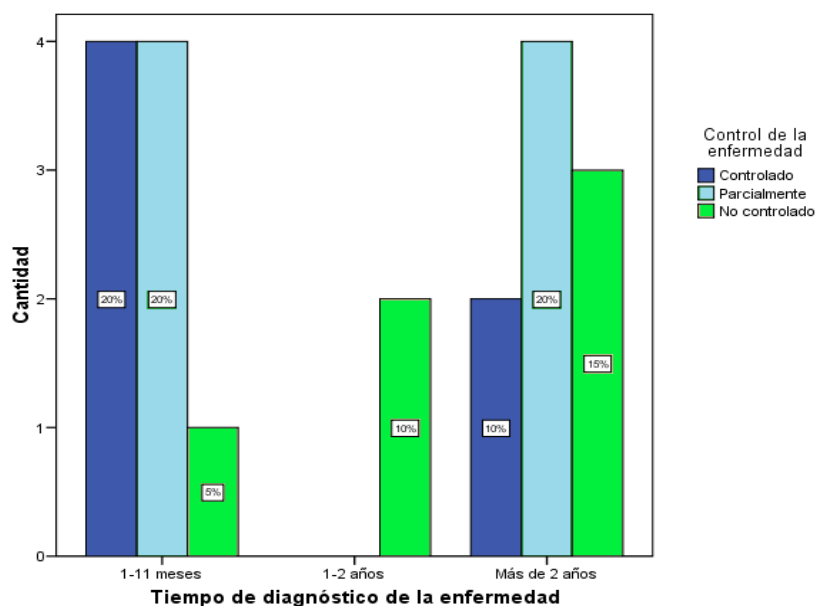
En cuanto al **sedentarismo**, se manifestó en el presente estudio en un 20%, por lo que no resultó altamente significativo en comparación con las demás variables; sin embargo, referente a este aspecto, se refiere: “no soporto hacer ejercicios, aunque sé que es para el bien de mi salud”, “para mí los ejercicios son una pérdida de tiempo” (Entrevista psicológica al adolescente); “...a él no le gusta hacer ni la educación física”(Entrevista psicológica al maestro); “...en la casa es una lucha tremenda a la hora de hacer los ejercicios porque no le gustan” (Entrevista psicológica a padres). Por lo tanto, se aprecian actitudes negativas en cuanto a la práctica de ejercicios físicos, lo cual, a corto y mediano plazo, podría traer consecuencias en la evolución y agravamiento de la enfermedad.

Teniendo en cuenta los aspectos abordados hasta el momento, se plantea que las variables con mayor influencia en el descontrol de las cifras tensionales de adolescentes hipertensos, fueron: la ansiedad, la depresión, las dificultades en las estrategias de afrontamiento, los hábitos dietéticos inadecuados, la herencia familiar de HTA y la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Además de lo expuesto anteriormente, también se encontraron mayores dificultades en el control de la enfermedad en aquellos adolescentes con más de dos años de evolución (Gráfico 4). Lo cual puede estar dado, porque la mayoría de estos casos fueron diagnosticados a finales de la infancia y, al llegar a la adolescencia, asumen conductas de rebeldía, que son características de la etapa y afectan la evolución favorable de la HTA esencial.

En este sentido, también influyen las creencias que estos adolescentes presentan acerca de la enfermedad. Durante la etapa evolutiva en que se encuentran, las tensiones, preocupaciones y temores referente a la enfermedad, que caracterizan los primeros meses de diagnóstico, han cambiado, producto una mayor adaptación a la enfermedad, incorporándola a su vida con normalidad, lo que conduce, en ciertos momentos, a que descuide determinados aspectos, como: la adherencia al tratamiento y los hábitos dietéticos. Referente a lo planteado anteriormente, algunos de los adolescentes con mayor tiempo de diagnóstico expresan: “...al principio pensaba que me iba a morir rápido, pero ya no cojo lucha cuando me sube la presión”, “...ya sé que la Hipertensión no es una enfermedad tan mala, por eso ya no me preocupo y a veces como todo lo que quiero” (Entrevista psicológica a adolescentes).

Gráfico 4. Tiempo de diagnóstico y control de la enfermedad.



En el presente estudio, sólo se describe la presencia de estas variables en el control de la enfermedad de los adolescentes hipertensos, pues, para establecer la correlación entre cada una de estas variables con dicho control, se necesita realizar un análisis que refleje la interacción entre todas ellas, cuestión que en el presente estudio se limita por el tamaño de la muestra.

No obstante, en aras de un primer acercamiento a la relación entre los elementos abordados y su influencia en la enfermedad, que sirva de base a investigaciones futuras, se realizó el segundo análisis estadístico explicado en el capítulo II, reiterándose que estos resultados no son definitivos por causa del tamaño de la muestra, pero sin dudas son satisfactorios para un estudio inicial.

Este segundo análisis constituye un estudio multivariado entre el conjunto de todas las variables posibles predictivas y su correlación con el control de la enfermedad, mediante un Análisis de Regresión Categórica (el primero fue un estudio de relaciones entre dos variables, casi siempre el control de la enfermedad y alguna de la variables del estudio).

Finalmente las dimensiones determinadas fueron 6 en total, 3 que incluyen los indicadores relativos a la regulación emocional y otras 3 que engloban las otras variables no psicológicas propiamente estudiadas. Es importante señalar que todas las dimensiones tuvieron varianza, (representada por sus autovalores) superiores a 1, lo que significa que cada una de estas dimensiones es más importante que las variables originales. Por otra parte, el total de varianza explicada por las tres dimensiones que involucran las otras variables no psicológicas, asciende casi al 70% lo cual es muy positivo y además el alfa de Cronbach, como medida de la confiabilidad es muy alto (0.927, bastante cercano a 1) (Tabla 17).

Tabla 17. Resumen del modelo de las variables no psicológicas tenidas en cuenta en nuestro estudio.

Resumen del modelo			
Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
		Total (Autovalores)	% de la varianza
1	.575	1.973	28.180
2	.418	1.558	22.261
3	.298	1.343	19.181
Total	.927 ^a	4.873	69.621

a. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

Mientras que, las 3 dimensiones que incluyen los indicadores relativos a la regulación emocional, logran explicar casi el 63% de varianza de la muestra, alcanzándose un alfa de Cronbach de 0.955, lo cual es muy alto (Tabla 18).

Tabla 18. Resumen del modelo de los indicadores de la regulación emocional.

Resumen del modelo			
Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
		Total (Autovalores)	% de la varianza
1	.822	4.217	30.124
2	.641	2.469	17.638
3	.570	2.123	15.166
Total	.955 ^a	8.810	62.929

a. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

De manera que cada dimensión queda conformada de acuerdo a este análisis. En la Tabla 19 se trata de expresar el control de la enfermedad en función de las tres dimensiones obtenidas con las variables no psicológicas estudiadas y las 3 dimensiones obtenidas con las variables relativas a la regulación emocional. La regresión resulta con un coeficiente de determinación R de 0.981 lo que conduce a un R cuadrado corregida bastante alto (0.913).

Tabla 19. Control de la enfermedad respecto a las variables de regulación emocional y a las variables no psicológicas estudiadas, expresadas por las dimensiones.

Resumen del modelo		
R múltiple	R cuadrado	R cuadrado corregida
.981	.963	.913

En la tabla 20 se muestran los coeficientes de cada una de las variables independientes y su significación. Puede apreciarse por lo sombreado que todos ellos resultan significativos (significaciones siempre menores que 0.05) por todo lo cual los resultados pueden considerarse satisfactorios.

Tabla 20. Significación de las dimensiones obtenidas.

	Coeficientes		gl	F	Sig.
	Beta	Error típ.			
Dimensión 1 de variables de control	.750	.082	1	83.222	.000
Dimensión 2 de variables de control	-.600	.152	2	15.609	.002
Dimensión 3 de variables de control	-.607	.075	1	65.765	.000
Dimensión 1 de variables de regulación	-.429	.114	2	14.141	.002
Dimensión 2 de variables de regulación	-.221	.091	2	5.886	.027
Dimensión 3 de variables de regulación	.441	.180	3	6.035	.019

Variable dependiente: Control de la enfermedad

Por todo lo expuesto anteriormente, se hace evidente que la enfermedad puede estar comunicándonos una necesidad urgente de revisar el estado emocional actual de la persona, así como su regulación. Armonizar o restablecer la salud implica una valiente actitud de toma de conciencia de las emociones que causan daño y afligen al individuo. La ignorancia afectiva de una realidad interpersonal basada en emociones displacenteras y no reguladas apropiadamente, contribuye a una clara desvalorización de lo que somos y a una ceguera de las relaciones en bienestar consigo mismo y con el entorno.

3.3 Análisis comparativo de las características de la regulación emocional entre adolescentes con HTA esencial y adolescentes normotensos.

Para dar cumplimiento a uno de los objetivos de la investigación, se realiza un estudio comparativo entre los adolescentes hipertensos (grupo estudio) y los adolescentes normotensos (grupo testigo) con similares indicadores. La intencionalidad del estudio se encuentra en valorar si existen diferencias en cuanto a la regulación emocional en ambos grupos de adolescentes.

Como hipótesis estadísticas se establecen:

- ❖ Ho: No existen diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional entre los adolescentes con HTA (Grupo estudio) y los adolescentes normotensos (Grupo testigo).
- ❖ Hi: Existen diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional entre los adolescentes con HTA (Grupo estudio) y los adolescentes normotensos (Grupo testigo).

Tomando como referencia el análisis estadístico- matemático realizado, se evidenció que no existían diferencias significativas entre los grupos conformados, en cuanto a las variables sociodemográficas de

sexo, edad, zona y grado de escolaridad, justificando el hecho de que no se aborden detalladamente los resultados comparativos ni correlacionales de estas variables.

Teniendo en cuenta que la variable central del presente estudio es la regulación emocional, se procederá a realizar un análisis comparativo de cada uno de sus indicadores entre ambos grupos (grupo de estudio y grupo testigo).

En cuanto a la exploración de la **percepción emocional**, a partir de entrevistas psicológicas realizadas a maestros, padres y a los propios adolescentes, los resultados indican que no existe un alto nivel de significación entre el grupo de hipertensos y normotensos, por lo que no se calculan estadísticos de asociación, ya que en ambos grupos este indicador se comporta de manera adecuada. Por tanto, el grupo testigo y el grupo de estudio poseen la habilidad para reconocer sus sentimientos y emociones, así como los de aquellos que le rodean, interpretando de forma adecuada las señales emocionales que reciben.

En este sentido, se indagó en la **comprensión emocional** mediante la aplicación del DERS-E y de entrevistas psicológicas a maestros, padres y a los propios adolescentes. Referente a este indicador los resultados indican, según la prueba estadística de Mann Whitney, que no existen diferencias estadísticas significativas del grupo de estudio respecto al grupo testigo, con un nivel de significación de 0.487 (Anexo 23, tabla 1). A pesar de esto, sí se aprecian ligeras diferencias entre ambos grupos, en tanto el 90% de los adolescentes hipertensos presentan una comprensión emocional adecuada, mientras que el 100% del grupo de normotensos poseen niveles altos en este sentido. Es decir, el grupo de hipertensos presenta pequeñas dificultades en la habilidad para comprender el significado de las emociones y conocer sus combinaciones (principalmente las propias), así como el sentido que las mismas tienen; no sucediendo así con el grupo de normotensos.

En cuanto a la **expresión emocional**, es necesario precisar que los resultados obtenidos mediante la aplicación del “Cuestionario de percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos” y entrevistas psicológicas realizadas a padres, maestros y a los adolescentes; indican la existencia de un alto nivel de significación (0.000) entre ambos grupos, según la prueba de Fisher (Anexo 23, tabla 2). Respecto a lo anterior el 25% de los hipertensos emplean estilos represivos, sin embargo, en el grupo de adolescentes normotensos existe ausencia de este estilo represivo. Además, sólo el 10% de los hipertensos asumen estilos expresivos, mientras que el 90% de los normotensos emplean dicho estilo. Por tanto, se encontró que el grupo de estudio, a diferencia del grupo testigo, ocasionalmente son capaces de expresar sus emociones (cuando la situación no implica gran conflictividad), pero, cuando se enfrentan a situaciones difíciles y/o problemáticas, algunos reprimen sus emociones y otros no son capaces de controlarlas.

De la misma manera se exploró en relación al **afrontamiento** que utilizan ambos grupos, mediante la aplicación de entrevistas psicológicas a padres, maestros y a los propios adolescentes. En este sentido, los datos indican que existe un notable nivel de significación de 0.000, según el test exacto de Fisher (Anexo 23, tabla 3). En este sentido, solo el 15% del grupo de estudio utiliza estrategias de afrontamiento efectivas ante las diversas situaciones, sin embargo, el 85% del grupo testigo emplea este tipo de estrategias. Ampliando este aspecto se puede decir que, en el grupo de normotensos no se aprecian limitaciones en cuanto al uso de estrategias proactivas, a diferencia del grupo de hipertensos; es decir, los adolescentes del grupo testigo ante los exámenes tienen pensamientos como: “si estudio, saldré bien en las pruebas”, “me siento seguro para el examen”, “con lo que he estudiado estoy convencido que saldré bien”, lo cual posibilita la utilización de estrategias centradas en el problema (estudiar, aclarar dudas, revisar apuntes, etc) que le permiten solucionar el mismo con gran efectividad y sin que le genere cierto nivel de malestar emocional. Este aspecto específicamente, ayuda a diferenciar al grupo testigo del grupo de estudio, ya que este último grupo asume estrategias generalmente inefectivas o parcialmente efectivas, fundamentalmente orientadas a la emoción y a la evitación, con limitaciones en la utilización de estrategias proactivas, las cuales no le permiten solucionar el problema y aún si logran resolverlo, le generan vivencias displacenteras que influyen en el bienestar emocional de estos adolescentes.

Respecto a este indicador se observó, además, que el grupo de hipertensos presenta una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento estereotipadas con procesos valorativos inadecuados e insuficientes, primando la valoración más de la situación que de los recursos personales con los que contaban los adolescentes para afrontar la misma. Lo cual no se presenta así en el grupo testigo, ya que estos generalmente hacen un análisis global de la situación vs los recursos con que cuentan para resolverla.

Las dificultades anteriormente mencionadas contribuyen a que las emociones pierdan su carácter funcional y adaptativo, derivando en estados emocionales displacenteros que afectan el bienestar emocional y por ende, el control de la enfermedad en los adolescentes con HTA esencial.

Comparando la ansiedad, la depresión y la ira entre los grupos estudiados, se encuentra, en cuanto a la ansiedad, que los datos describen un alto nivel de significación entre ambos grupos, según la prueba estadística de Mann Whitney, con una significación de 0.000 en la ansiedad rasgo (Anexo 23, tabla 4). Sin embargo, las diferencias no se mostraron estadísticamente significativas (0.605) en cuanto a la ansiedad estado, según el test de Fisher (Anexo 23, tabla 5). A pesar de esto y coincidiendo con Pedraza (2009) se logró precisar que los adolescentes hipertensos no solo expresan síntomas de ansiedad con mayor frecuencia e intensidad que los adolescentes normotensos, sino que presentan una mayor activación en las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras asociadas a la ansiedad. Lo cual caracteriza y distingue a los pacientes con hipertensión arterial esencial del grupo de sujetos normotensos.

Otra de las diferencias percibidas entre ambos grupos, es que los conflictos experimentados por los adolescentes en los contextos escolar, familiar y de relación con los iguales, poseen mayor nivel de significación en los adolescentes hipertensos en relación con los normotensos, generando en los primeros una mayor activación en las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad.

En el caso de la evaluación de los síntomas de **depresión** mediante el “Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI”) y la aplicación de entrevistas psicológicas a padres, adolescentes y maestros; se pudo constatar que en el grupo de estudio y en el grupo testigo, los resultados ofrecidos a través de la prueba estadística Mann Whitney, indican que existen diferencias altamente significativas (.000) entre ambos grupos (Anexo 23, tabla 6). En el grupo de hipertensos la gran mayoría muestran alta sintomatología depresiva, mientras que en el grupo normotenso el 10% se ubicaba en niveles altos de sintomatología depresiva, el 25 % de los adolescentes se ubicaban en moderados niveles de depresión y el 65% restante se ubicaba en una baja sintomatología depresiva.

Respecto a la evaluación de la **ira** se utilizó el STAXI-2. En este aspecto, los resultados describen diferencias significativas, según la prueba estadística de Fisher, en la ira rasgo (.049) (Anexo 23, tabla 7). En cuanto a esta, en el 40% de los adolescentes con HTA esencial existe un predominio de niveles altos, mientras que en la muestra de adolescentes normotensos, predominan niveles medios para un 60%. Por lo anterior podemos inferir que los adolescentes hipertensos son irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira, aún cuando la provocación o situación no se corresponda con la reacción.

Aunque no resultaron estadísticamente significativas las diferencias en cuanto a la ira estado y el control de la ira en ambos grupos (con una significación según el test de Mann Whitney de 0.230 para la ira estado y 0.194 para el control de la ira) (Anexo 23, tablas 8 y 9), sí se puede plantear que los adolescentes hipertensos manifiestan con mayor frecuencia conductas impulsivas, verbales y/o físicas, hacia otras personas u objetos.

Por todo lo anterior y mediante la aplicación del BIEPS-J y las entrevistas psicológicas realizadas a maestros, padres y a los propios adolescentes, se puede decir que respecto al **bienestar emocional**, el cual es el resultado e indicador fundamental de la regulación emocional, se encontraron diferencias altamente significativas (0.000) entre el grupo de estudio y el grupo testigo, a través del test de Fisher. Este indicador se presentó de manera baja en el 80% de los adolescentes con HTA esencial, sin embargo, en los adolescentes normotensos se manifestó bajo en el 10% de los casos, lo cual indica que este último grupo posee emociones que conservan su carácter funcional y adaptativo, existiendo un predominio de emociones placenteras y baja intensidad de estados emocionales displacenteros, a diferencia del grupo de hipertensos.

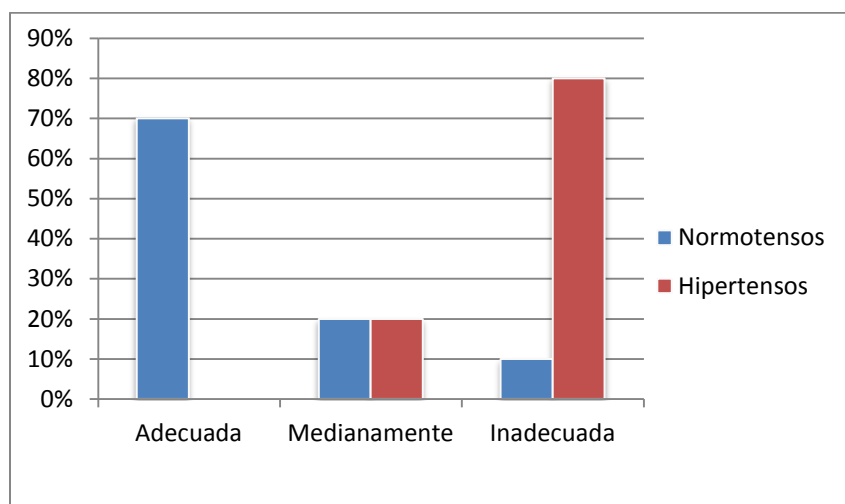
En resumen y como resultado de lo anterior, se encontraron notables diferencias entre el grupo de hipertensos y normotensos en cuanto a la **regulación emocional**, mediante el test estadístico de Fisher,

con una significación de 0.000, manifestándose como inadecuada en el 80% de los adolescentes hipertensos, mientras que en los adolescentes normotensos se manifestó como inadecuada en el 10% de los casos.

En este sentido, se desea precisar que en la técnica del DERS-E el puntaje promedio de los hipertensos fue de 34.1, mientras que en los normotensos fue de 19.1, lo cual evidencia diferencias significativas de un grupo, respecto a otro, en cuanto a la regulación emocional.

Esto demuestra que el grupo testigo se distingue del grupo de estudio por presentar una regulación emocional adecuada, que le permite modular sus emociones de forma eficaz, posibilitando la adaptabilidad de las mismas y facilitando un equilibrio entre sus necesidades y las exigencias que derivan del sistema de actividades y relaciones que conforman su contexto, mediante un afrontamiento efectivo a los mismos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Comparación del comportamiento de la Regulación emocional entre hipertensos y normotensos.



A modo de conclusión, se puede plantear que el grupo de adolescentes normotensos se diferencia claramente del grupo de adolescentes hipertensos. Dichos adolescentes manifiestan, en su gran mayoría, una adecuada regulación emocional, expresada en bajos niveles de síntomas depresivos y en niveles moderados y bajos en relación a la ansiedad rasgo y estado. Mientras que en relación a cómo experimentan la ira como estado y rasgo, se constató un predominio de niveles bajos y medios fundamentalmente. Además, se perciben diferencias en relación con la frecuencia e intensidad con que se presenta en cada grupo los estados emocionales, alcanzando en los adolescentes hipertensos un mayor nivel, y por tanto, una mayor activación de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que influyen en el curso y evolución de la enfermedad.

A partir de los elementos señalados con anterioridad, queda confirmada la hipótesis Hi: existen diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional de los adolescentes con HTA (Grupo

estudio) y los adolescentes normotensos (Grupo testigo), considerando que la presencia de dificultades en la regulación emocional, puede influir deficientemente en la evolución y curso de la enfermedad hipertensiva en aquellos adolescentes que la padezcan.

3.4 Análisis integral de los resultados

Actualmente se conoce que la HTA esencial es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante, existiendo evidencias suficientes para pensar que esta enfermedad se inicia en los primeros años del desarrollo, por lo que su detección y seguimiento debe comenzar en las etapas tempranas de la vida.

Aunque se desconoce con exactitud la patofisiología de la HTA esencial, probablemente en ella están involucrados la predisposición genética y otros factores psicosociales que determinan multicausalmente este trastorno, donde las emociones y su regulación juegan un papel decisivo en este sentido, ya que pueden, en un momento dado, entorpecer el tratamiento y limitar un control adecuado de la enfermedad, así como una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Respecto a lo anterior, los resultados obtenidos en la presente investigación resultan demostrativos, en tanto evidencian la presencia de dificultades en la regulación emocional que aumentan la vulnerabilidad en el descontrol de las cifras tensionales, en una muestra de adolescentes con diagnóstico de HTA esencial. Por tal motivo, se hace necesario, entonces, analizar cada uno de los indicadores implicados en la regulación emocional, como categoría central de nuestro estudio.

En este sentido, no se encontraron dificultades en cuanto a la **percepción emocional**, constituyendo un factor protector en relación a la regulación emocional. Sin embargo, se precisaron pequeñas afectaciones en la **comprensión emocional** de estos adolescentes, evidenciándose algunas dificultades en cuanto a la habilidad para comprender el significado de las emociones y conocer sus combinaciones (principalmente las propias), pudiéndose constatar que las emociones o estados emocionales que más frecuentemente se les dificulta comprender a estos adolescentes son: la ansiedad, la ira y el miedo.

Al respecto, se pudo constatar que, en los adolescentes con HTA esencial, existe predominio de un **afrontamiento** parcialmente efectivo e inefectivo, ya que, ante situaciones difíciles, el adolescente lleva a cabo un conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y/o conductuales, que no le permiten solucionar la situación problemática, influyendo en su nivel de bienestar. Esto ocurre sobre la base de afectaciones en el componente cognitivo de la emoción, demostrando limitaciones en el uso de estrategias proactivas y de aquellas que se despliegan al iniciarse la situación (modificación de la situación, despliegue atencional y cambio cognitivo).

Indagando en este sentido, se hallaron también dificultades en la **expresión emocional**. En congruencia con lo anterior, las dificultades se presentan cuando las situaciones implican conflictividad, pues en estos casos algunos reprimen sus emociones y otros no son capaces de controlarlas, adoptando estilos semi-expresivos y represivos, sobre la base de características de la personalidad en formación, tales como la explosividad o la introversión.

Las dificultades anteriormente mencionadas han contribuido a que en estos adolescentes, las emociones pierdan su carácter funcional y adaptativo, generando estados emocionales displacenteros como: la ansiedad, la depresión y la ira, siendo más frecuentes las dos primeras, interfiriendo en el bienestar, funcionamiento, desempeño y en la salud de los adolescentes hipertensos estudiados.

De manera general, los resultados de la investigación indican que la mayoría de las emociones displacenteras experimentadas por los adolescentes hipertensos de la muestra, se vinculan al contexto familiar, las relaciones con los iguales, la influencia de la enfermedad y fundamentalmente la actividad de estudio.

Las dificultades en las variables anteriormente mencionadas, producen afectaciones en el **bienestar emocional**, presentándose como bajo en más de la mitad de los casos estudiados, lo que indica que al menos existe en estos adolescentes un estado emocional que pierde su carácter funcional y adaptativo con predominio de vivencias emocionales displacenteras.

Las afectaciones presentes en los indicadores anteriores, traen consigo por ende, deficiencias en la **regulación emocional** del total de adolescentes hipertensos, donde el indicador más afectado resultó ser el afrontamiento. Esto demuestra la incapacidad de estos adolescentes para modular sus emociones de forma eficaz, entorpeciendo así, la adaptabilidad de las mismas.

En cuanto a la comparación del grupo de hipertensos con respecto al normotensos, se puede plantear que el grupo de estudio se diferencia del grupo testigo en primer lugar, por presentar dificultades en la regulación emocional que devienen en estados emocionales displacenteros, conduciendo a afectaciones en su nivel de bienestar; a diferencia del grupo testigo, que se enfrentan a muchas menos situaciones difíciles en este sentido. En segundo lugar, el indicador más afectado dentro de la regulación emocional, en el grupo de estudio, es el afrontamiento y tercero, que dentro de este indicador, las mayores limitaciones de los adolescentes hipertensos se encuentran en el uso de estrategias proactivas, evidenciándose las dificultades en la regulación de los momentos antecedentes a la emoción. Lo anterior está propiciado en el grupo de estudio, por las características de la personalidad en formación, la autoestima, la ansiedad como rasgo y los procesos de valoración, evaluación e interpretación que los adolescentes lleven a cabo, en completa interacción con los contextos de socialización.

En efecto, queda demostrado que la inadecuada regulación de las emociones junto a otras variables biológicas y sociales, aumentan la vulnerabilidad en el descontrol de las cifras tensionales,

multiplicándose su efecto. Razón por la cual en este estudio se intentó un primer acercamiento mediante el segundo procesamiento estadístico realizado, el cual constata la necesidad de desarrollar posteriores estudios, cuyos resultados permitan niveles superiores de comprensión y explicación de la enfermedad hipertensiva, su aparición y desarrollo en los adolescentes, siendo la base para futuras intervenciones que se puedan centrar en los factores que pueden incidir en su evolución.

Por tanto y coincidiendo con Pedraza (2009), los resultados del estudio evidencian la significación de la regulación emocional en los adolescentes con HTA esencial, no solo por la determinación que tiene la misma en el bienestar emocional, sino por la influencia que ejerce, junto a otras variables, en la enfermedad y con ello en la calidad de vida de los adolescentes. Referente a este aspecto, se considera que los adolescentes hipertensos presentan una alta vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, que presenta de base importantes dificultades en cuanto a su interacción en los principales contextos o esferas en que se desenvuelve, las cuales pueden generarle, fundamentalmente, estados emocionales displacenteros.

De esta forma y conociendo que la adolescencia, es una etapa propicia para comenzar a desarrollar habilidades emocionales, teniendo como base el desarrollo cognitivo que se alcanza y otros logros en la esfera emocional, se plantea la necesidad de llevar a cabo estrategias multidisciplinarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA en la edad pediátrica, donde se les confiera especial importancia a las variables emocionales y, en especial, a la regulación emocional, por constituir un aspecto psicológico que se presenta especialmente afectado en adolescentes con HTA esencial.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- ❖ Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes hipertensos presentan una regulación emocional parcialmente efectiva o inefectiva, lo cual conduce a estados emocionales displacenteros inadaptativos, afectándose el bienestar emocional en estos pacientes.
- ❖ El indicador menos afectado de la regulación emocional resultó ser la percepción y comprensión emocional, constituyéndose en factores protectores, con características acorde a la etapa evolutiva de estos pacientes, sobre la base de los logros cognitivos y la influencia ejercida, fundamentalmente, por los contextos desarrolladores.
- ❖ El indicador más afectado de la regulación emocional, lo constituyó el afrontamiento, principalmente de la dimensión cognitiva de la emoción, sobre la base de procesos de valoración inadecuados, que condicionan la alta frecuencia de estados emocionales displacenteros en estos adolescentes hipertensos.
- ❖ Los estados emocionales displacenteros mayormente vivenciados por los adolescentes hipertensos fueron la ansiedad y la depresión, además de la ira, aunque esta última en menor medida.
- ❖ La influencia de los contextos desarrolladores se convierte en un factor de riesgo, siendo causa de estados emocionales displacenteros, especialmente las situaciones evaluativas en el contexto escolar y los estilos educativos inadecuados en la familia. Sin embargo, representan también una protección para el adolescente hipertenso, principalmente la familia, por el apoyo social que les proporciona, así como la potenciación que producen de estrategias de regulación emocional en el adolescente, fundamentalmente centradas en el problema.
- ❖ Los pacientes no controlados y parcialmente controlados se caracterizan por presentar dificultades en la regulación emocional, hábitos dietéticos inadecuados, herencia familiar de HTA y no adherencia al tratamiento farmacológico, estando menos presentes los hábitos tóxicos y el sedentarismo.
- ❖ El análisis multivariado realizado entre el conjunto de todas las variables posibles predictivas y su relación con el control de la enfermedad, de acuerdo a las dimensiones establecidas, aportó niveles de asociación medianamente significativos, resultado que constituye un acercamiento a la comprensión del efecto interactivo entre variables psicológicas y de otra naturaleza en la HTA esencial.
- ❖ Se apreciaron diferencias significativas en el análisis comparativo efectuado en cuanto a las características de la regulación emocional, entre el grupo de adolescentes hipertensos esenciales y el de normotensos, siendo esta regulación más inefectiva en el primer grupo, evidenciándose en ellos, de esta manera, estados emocionales displacenteros con mayor frecuencia e intensidad y con una activación más elevada de sus respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- ❖ Tener en cuenta los resultados de la presente investigación en los niveles de atención de salud, con el objetivo de propiciar un diagnóstico integrador en estos pacientes con HTA esencial.
- ❖ Realizar estudios posteriores relacionados con este tema, en el que se utilice un grupo muestral más amplio, que permita establecer la correlación entre la regulación emocional con el control de la enfermedad, en interacción con otras variables.
- ❖ Divulgar los resultados obtenidos en el personal de salud que atiende la consulta de Cardiología y Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Pediátrico Docente “José Luis Miranda”.
- ❖ Desarrollar estrategias de intervención psicológica, que ayuden a reducir la vulnerabilidad en los adolescentes hipertensos y, de esta forma, reducir el riesgo asociado a la enfermedad, atendiendo a variables psicológicas como la regulación emocional.

Referencias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, M. (2003). *La educación emocional en la educación primaria: currículo y práctica*. (Tesis doctoral), Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Alfonzo, J. P. (2010). *Controlar su hipertensión*. La Habana: Científico-Técnica.
- Alfonzo, J. P. (2010). *Hipertensión arterial en la atención primaria de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Almonte, C. (1985). Desarrollo Psicosocial de Adolescentes de 12 A 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 56(4), 263.
- Álvarez, B., de Rivas, B., Martell, N., & Luque, M. (2004). Hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. Importancia, patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Hipertensión*, 21(6), 296-310.
- Álvarez, E., Guajardos, H., & Messen, R. (1986). Estudio Exploratorio sobre una Escala de Autoevaluación para la Depresión en Niños y Adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 57(1), 21-25.
- Álvarez, M., Bisquerra, R., Fita, E., Martínez, F., & Pérez, N. (2000). Evaluación de programas de educación emocional. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 587-599.
- Álvarez, O. A., Leyva, D., & Bermúdez, A. R. (2010). La hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 14(3).
- Ardura, J. (2000). Hábitos saludables en pediatría y repercusión en la edad adulta, from http://www.comtf.es/pediatrica/congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Julio_Ardura.htm
- Ato, E., González, C., & Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(1), 69-79.
- Balsa, A. (2012). Emociones e hipertensión arterial: peculiaridades en la edad pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(1), 2.
- Balsa, A. (2012). *Programa de intervención psicológica para potenciar la regulación emocional en escolares con hipertensión arterial*. (Tesis para optar por el título de Máster en Psicología Médica), Universidad Central "Marta Abreu de Las Villas", Santa Clara.
- Bausela, E. (2005). Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. *Revista Venezolana de Educación*, 9(31), 553-558.
- Beléndez-Vázquez, M., Bermejo, R. M., & García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324.
- Bizquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Buxarrais, M. R., & Martínez, M. (2009). Educación en valores y educación emocional: propuestas para la acción pedagógica. *Revista Electrónica Teoría de la Educación*, 10(2), 263-275.
- Caggiani, M., & Farré, Y. (2006). 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. *Arch Pediatr Urug*, 77(3), 300-305.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología* (82), 25-44.
- Cánovas, P., & Sahuquillo, P. (2008). La influencia del medio televisivo en el proceso de socialización de la infancia. *En la Sociedad de la Información*, 9(3), 1.

- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V., & Delgado, A. P. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157-173.
- Cea, J. I., Brazal, J. J., & González-Pino, A. (1997). Estrategias de afrontamiento e Hipertensión Esencial. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(7).
- Chòliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Redalyc*, 3(5), 4-6.
- Clemente, R. A., & Adrián, J. E. (2004). Evolución de la regulación emocional y competencia social. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 8, 17-18.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, 1(1), 183-194.
- Corredera, R. F., Villar, Y., González, T. R., & Gómez, R. (2009). Valores de presión arterial en escolares sanos de una escuela primaria del municipio Cerro. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 25(1).
- Cortés, R. (2006). Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. *Arch Pediatr Urug*, 77(3), 300-305.
- Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Redalyc*, 5(2), 35-47.
- De la Fuente, J., Peralta, F. J., & Sánchez, M. D. (2009). Autorregulación personal y percepción de los comportamientos escolares desadaptativos. *Psicothema*, 21(4), 548-554.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. In R. González (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2011). Tratando...Depresión Infantil. *Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 7(1), 101-103.
- Del Barrio, V., Frías, D., & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicativa*, 47(4), 471-476.
- Domínguez, B. (2007). La búsqueda de una "teoría útil" sobre el funcionamiento emocional humano en problemas de dolor crónico e hipertensión. *Psicología y Salud*, 17(1), 149-159.
- Domínguez, L., Ibarra, L., & Fernández, L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
- Fernández, J., & Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127-133.
- Fernández-Abascal, E. G., Martín, D., & Domínguez, F. (2003). Factores de Riesgo y enfermedades Cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista universitaria de formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. (Tesis doctoral), universidad de Barcelona, Barcelona.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Friedman, M. J., & Bennet, P. L. (1977). Depression and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 2, 135-142.

- Friedman, R., Schwartz, J. E., Schall, P. L., Pieper, C., Gerin, W., & Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationships to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 1, 19-31.
- García- Vera, M. P., Sanz, J., & Laborador, F. J. (1999). Propuesta de un sistema de evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Esencial en atención primaria. *Clínica y Salud*, 1, 83-119.
- Gastelbondo, R., & Céspedes, J. (2005). Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en niños y adolescentes. *CCAP*, 6(2), 21.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Taborda, M., Ruiz, N., & Francis, L. J. (2009). Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Diversitas*, 5(1), 37-46.
- Gazzara, G. (2000). Hipertensión Arterial en el niño y el adolescente. *Revista Hipertens Arterial*, 7(1-3), 39-46.
- Gazzara, G., Álvarez, I., Barrenechea, M. d. C., Basso, I., Bernadà, M., Bonelli, S., . . . Velazco, M. (2002). Hipertensión arterial en el niño y el adolescente. *Arch Pediatr Urug*, 73(1), 26-31.
- Granados, G., & Gil, J. (2007). Creencias relacionadas con la Hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychollogical Therapy*, 7(3), 393-403.
- Grau, R., Correa, C., & Rojas, M. (2004). *Metodología de la Investigación* (2da ed.). Universidad de Ibagué, Colombia: Coruniversitaria.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.
- Halabe, A. (2002). Hipertensión arterial en la infancia: la importancia de tomar la presión arterial en la consulta externa. *Revista de la Facultad de Medicina*, 45(6), 245.
- Heine, B. E., Sainsbury, P., & Chynoweth, R. C. (1969). Hypertension and emotional disturbance. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 119-130.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW-HILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
- Hilt, L. M., Hanson, J. L., & Pollak, S. D. (2011). Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence* 3, 160-169.
- Jonas, B. S., Franks, P., & Ingram, D. D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow- up Study. *Archives of Familiar Medicine*, 1, 43-49.
- Keenan. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor of child psycgopathology *Clinical Psychology: Science and practice*, 7(4), 418-434.
- Krmar, R. T., Galarza, C. R., Wharen, C. G., Catasicaris, C., & Ruiz, C. (1999). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Avances en Medicina*, 99, 57-73.
- Lagomarsino, E. (2005). Hipertensión arterial en Pediatría, from <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/HTAPediat.html>.
- Lemos, K., Miño, A., Ortellado, V., & Lukestik, F. (2006). Hipertensión Arterial Esencial en niños y adolescentes: factores de riesgo y características. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 3(164), 21.
- Lemos, K. E., Miño, A. G., Ortellado, V., & Lukestik, F. J. (2006). Hipertensión arterial esencial en niños y adolescentes: factores de riesgo y características. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 20(164).

- Llapur, R., & González, R. (2006). Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Pediatría*, 78(1).
- Lomeli, C. (2008). Hipertensión Arterial Sistémica en el niño y el adolescente. *Medigraphic*, 78(2), 82-93.
- Lurbe, E. (2010). Manejo de la Hipertensión Arterial en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. *Anales de Pediatría*, 73(1), 1-51.
- Lurbe, E., & Torró, I. (2002). Hechos e interrogantes en la hipertensión arterial del adolescente. *Nefrología*, 22(2), 15.
- Málaga, S. (2007). Casos clínicos. Adolescente con hipertensión arterial, from www.spapex.org/adolescencia02/pdf/caso1.pdf
- Mardomingo, M. J. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatría Integral*, 9(2), 125-134.
- Martínez, U. (2007). Hipertensión arterial en niños: un reto para el médico de la familia, from www.uvfajardo.sld.cu/Members/esperancita/hipertension-arterial-en-ninos-un-reto-para-el-medico-de-familia. 2007
- Mellina, E., González, A., Moreno, J. M., Jiménez, R., & Peraza, G. (2001). Factores de riesgo asociados con la tensión arterial en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 435-440.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, I., & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216.
- Mijares, I. (2005). Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en adolescentes de noveno grado., from <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkFyFEyIAGlTKZDPQ.php>.
- Miranda, A., & Pérez, J. (2005). Socialización familiar, pese a todo. *Socialización Familiar y extrafamiliar*, 4(8), 339.
- Moggi, L. (2003). Hipertensión Arterial en Pediatría. *Revista Argentina de Anestesiología*, 61(6), 399-405.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. (Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas), Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara.
- Molerio, O., & García, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3).
- Molinello, H. (2007). Emociones y enfermedad cardiovascular. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 8(4), 114-123.
- Mondèjar, A. (2010). Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional, from <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1922/1/AngelMondejar2009.pdf>.
- Morales, M., & Losada, R. (2007). *Comportamientos de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en niños y adolescentes*. (Trabajo de Diploma), Universidad Central "Marta Abreu de Las Villas", Santa Clara.
- Moscoso, M. S. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología* 3(3), 8-47.
- Muela, J. A., Torres, C. J., & Peláez, E. M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18(2), 319-331.

- Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes, from <http://resilnet.vivc.edu/library/resilman/resilman.html>.
- Oliva, A., & Parra, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24(2), 181-196.
- Olivares, J., Piqueras, J. A., & Rosa, A. I. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia Psicológica*, 24(1), 87-98.
- Olmedo, M., Del Barrio, V., & Santed, M. A. (1998). Prevención de emociones negativas en la adolescencia: valoración de técnicas cognitivo-conductuales. . *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 121-137.
- Orgilès, M., Méndez, X., Rosa, A. I., & Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Ortega, M. C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. . *REOP.*, 21(2), 462-470.
- Ortiz, M. J., Aguirrezabala, E., Apodaka, P., Etxebarria, I., & López, F. (2002). Características emocionales, funcionamiento social y satisfacción social en escolares. *Infancia y Aprendizaje*, 25(2), 195-208.
- Páez, D., & Vergara, A. (1992). Conocimiento social de las emociones: evaluación de la relevancia teórica y empírica de los conceptos prototípicos de cólera, alegría, miedo y tristeza. *Cognitiva*, 4(1), 29-48.
- Palacios, J., Marchesi, A., & Coll, C. (2003). *Desarrollo psicológico y educación*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Palmero, F. (1997). La emoción desde el modelo biológico. *Revista Electrónica de Emoción y Motivación*, 6(13).
- Paredes, D. (2008). *Estética ambiental y bienestar emocional. Explorando dos ámbitos positivos de la vida de las personas adultas con discapacidad intelectual*. . (Tesis doctoral), Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Pedraza, L. (2009). *Caracterización de estados emocionales en adolescentes de 12 a 15 años con hipertensión arterial esencial*. (Tesis en opción al título de máster en Psicología Médica), Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara.
- Pereira, C., & Martínez, A. (2003). Programa para disminuir indicadores de depresión mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Un estudio en adolescentes institucionalizados). 2(1), 1.
- Pérez, D., Cordiès, L., Vázquez, A., & Serrano, C. (2004). *Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial*. Cuba: MINSAP.
- Pérez, M. A., & Redondo, M. M. (2002). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *REME*, IX(22).
- Pérez, Y. (2006). *Factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes*. (Tesis en opción al título de máster en Psicología Médica), Universidad central "Marta Abreu de Las Villas", Santa Clara.
- Pérez, Y., & Villa, D. (2004). *Metodología para el diagnóstico psicológico de niños y adolescentes con hipertensión arterial de 9 a 12 años*. . (Trabajo de Diploma), Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Santa Clara.
- Piemontesi, S. E., & Heredia, D. E. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollo de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111.

- Pública, M. d. S. (2008). *Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento*. La Habana. Cuba: MINSAP.
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. . (Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología), Pontifica Universidad Católica del Perú., Lima.
- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. E., & Oblitas, L. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia Psicológica*, 27(2), 227-237.
- Rendón, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas*, 3(2), 349-363.
- Romero, C. (2007). ¿Educar las emociones?: Paradigmas científicos y propuestas pedagógicas. *Cuestiones Pedagógicas*, 18(3), 105-119.
- Sabrià, J. (2004). Detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en el niño. *Pediatría Infantil*, 8(8), 647-650.
- Saieh, C., & Lagomarcino, E. (2009). Hipertensión Arterial y consumo de sal en pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(1), 11-20.
- Sanz, Y. (2011). *Adaptación del STAXI-II C/A (versión niño-adolescente) para la población cubana*. (Tesis en opción al título de máster en Psicología Médica), UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS, Santa Clara.
- Shapiro, L. E. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. México: Vergara Editor, S.A.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Chil Neuro-Psiquiat*, 43(3), 201-209.
- Suárez, L., Rodríguez, A., Tamayo, J. L., & Rodríguez, R. P. (2009). Prevalencia de Hipertensión arterial en adolescentes de 15 a 17 años. *MEDISAN*, 13(6).
- Suazo, G. (2010). *Caracterización de la ansiedad en escolares de 9 a 12 años de edad con Hipertensión Arterial Esencial*. (Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciatura en Psicología), Universidad Central "Marta Abreu de Las Villas" Santa Clara.
- Torró, I., & Lurbe, E. (2008). Hipertensión arterial en niños y adolescentes, from http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/children_risk_factors_span.cfm
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Redalyc*, 4(5), 83-130.
- Weissmann, P. (2001). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 6(43), 4.
- Zaldívar, D. F. (2007). Factores psicosociales y adherencia terapéutica, from <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6072>.
- Zerpa, C. E. (2009). Sistemas emocionales y la tradición evolucionista en Psicología. *Summa Psicológica*, 6(1), 113-123.

Anexos

Anexo 1:

Obesidad

Por ser esta otra de las variables que tenemos en cuenta en nuestro estudio, es muy importante determinar cuándo un paciente está por debajo del peso adecuado, cuándo está normopeso y cuándo está sobrepeso. Precisamente para determinar lo anterior muchos médicos y cardiólogos toman en cuenta la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de masa corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla (En metros al cuadrado)}}$$

Se considera adecuado entre 20 y 25 cifras por encima del valor dado, ya 27 cifras han sido relacionadas con sobrepeso y aumento de la presión arterial, además de otras enfermedades asociadas como la Diabetes Mellitus y enfermedad coronaria (Pérez, Cordiès, Vázquez y Serrano, 2004).

Anexo2:

Hábitos Tóxicos

(Entrevista psicológica al especialista en Cardiología)

Se considera la existencia de los hábitos más frecuentemente estudiados en relación a la HTA: el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas. De esta manera, la presencia de dichos hábitos se considera de la siguiente forma:

Hábito de fumar:

-*No fumador*: el adolescente que no consumen el cigarro, ni reciben el humo del mismo proveniente de sus padres, familiares o vecinos más cercanos, que constantemente se encuentran en interacción con él.

- *Fumador pasivo*: el adolescente que recibe el humo de las personas fumadoras que le rodean y están en constante interacción.

- *Fumador activo ocasional*: adolescente que, ocasional o situacionalmente y de forma esporádica, consume por lo general baja cantidad de cigarrillos.

-*Fumador activo habitual*: adolescente que tiene el hábito de fumar, consumiendo cigarrillos frecuentemente.

Ingestión de Bebidas alcohólicas:

-*No bebedor*: adolescente que no consume bebidas alcohólicas.

-*Bebedor ocasional*: adolescentes que ingieren bebidas alcohólicas esporádicamente y en cantidades moderadas, generalmente en determinadas actividades sociales

-*Bebedor*: adolescente que ingiere bebidas alcohólicas frecuentemente.

Anexo3:

Sedentarismo

(Entrevista psicológica al especialista en Cardiología)

Se valora el equilibrio que se alcanza entre las horas dedicadas a actividades pasivas y las que no lo son. Dicho equilibrio puede lograrse o no, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

-*No sedentario*: cuando se realiza actividad física todos los días o, al menos, 3 días a la semana, que pueden tener lugar mediante la sucesión de periodos cortos y no cortos de práctica pero, de manera que se acumulen 60 minutos en el día. En cuanto al tipo de actividad física que se puede realizar, existen orientaciones específicas sobre este particular para adolescentes hipertensos (anexo 7).

-*Sedentario*: No existe la realización de actividad física o la misma no se desarrolla con el tiempo suficiente, ni con la frecuencia adecuada.

Anexo 4:

Adherencia al tratamiento

(Entrevista psicológica al especialista en Cardiología)

La adherencia del paciente es un comportamiento colaborativo y participativo de manera proactiva y voluntaria, para obtener mejores condiciones de salud y de vida, siendo fundamental en todos estos aspectos, el apoyo, orientación y exigencia de la familia en esta etapa del desarrollo.

Se puede delimitar como:

-Paciente adherente al tratamiento: el paciente cumple sistemáticamente ambos tratamientos, farmacológico y no farmacológico, es decir, asiste a consultas, a la determinación periódica de la presión arterial fuera de la consulta, la realización de estudios complementarios, los cambios de las hábitos de vida y el tratamiento farmacológico indicado, así como la atención de otros factores de riesgo que favorecen o dificultan la adherencia.

-Paciente parcialmente adherente al tratamiento: el adolescente presenta incumplimientos relativos al tratamiento farmacológico o no farmacológico, o ambos, pero de manera esporádica, debido a olvidos, situaciones determinadas de carácter temporal.

-Paciente no adherente al tratamiento: el paciente incumple uno de los dos tratamientos o ambos, de manera frecuente. Por lo general, el adolescente abandona el tratamiento debido a los efectos secundarios del medicamento, cuando se siente bien, etc. y lo retoma cuando se descompensa o aparecen determinados síntomas, cuando se acercan las consultas médicas o luego de asistir a éstas. Resultando fundamental en este proceso la influencia y exigencia de los padres.

Anexo 5:

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad

Es el tiempo transcurrido luego del diagnóstico de la enfermedad, determina la evolución de la enfermedad, una vez que esta ha sido diagnosticada.

Puede ser:

- Tiempo de corta evolución*: de 1 a 11 meses
- Tiempo de mediana evolución*: de 11 meses a 2 años
- Tiempo de larga evolución*: más de 2 años

Anexo 6:

Entrevista psicológica al especialista en Cardiología:

Objetivo:

- ❖ Indagar en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Hipertensión Arterial en los adolescentes objeto de estudio.

Indicadores:

- ❖ Características del proceso de diagnóstico.
- ❖ Factores de riesgo asociados a la enfermedad
- ❖ Tratamiento actual de los adolescentes.
- ❖ Adherencia al tratamiento.
- ❖ Evolución general de cada paciente.
- ❖ Actitud del adolescente y la familia ante la enfermedad.
- ❖ Valoración del especialista sobre el impacto psicológico de la enfermedad en los pacientes.
- ❖ Nivel de control de la enfermedad.
- ❖ Ingresos a partir del diagnóstico.
- ❖ Consideraciones acerca del estado emocional actual del adolescente.

Anexo 7:

Entrevista psicológica al especialista en Rehabilitación Cardiovascular:

Objetivo:

- ❖ Indagar en el proceso de ejercicios básicos orientados para pacientes hipertensos esenciales.

Indicadores:

- ❖ Delimitación de la Rehabilitación Cardiovascular.
- ❖ Elementos a tener en cuenta para la prescripción del ejercicio.
- ❖ Protocolo de entrenamiento.
- ❖ Tipos de ejercicios orientados.
- ❖ Factor o factores de riesgo que se pretende eliminar con la prescripción del ejercicio.

¿Qué es Rehabilitación Cardiovascular?

La rehabilitación cardiovascular consiste en el conjunto de actividades necesarias para asegurar al paciente cardíaco las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, de manera que pueda ocupar un lugar en la vida de la comunidad tan normal como sea posible. Incluye los siguientes aspectos:

- ❖ Tratamiento Físico.
- ❖ Rehabilitación psicosocial.
- ❖ Actividades de la vida diaria

Ejercicios básicos para pacientes hipertensos esenciales sin otra cardiopatía asociada:

Primeramente se le realiza al paciente hipertenso una prueba de esfuerzo, para valorar su capacidad funcional. Si durante la actividad se detectan arritmias cardíacas, trastornos de la conducción y/o reacciones anormales de la TA, se hace una evaluación del programa de entrenamiento físico. Se determinan, además, métodos evaluativos para la prescripción del ejercicio y para la elaboración del plan de entrenamiento:

Métodos evaluativos para la prescripción del ejercicio:

1. Prueba de esfuerzo.
2. Indicaciones y contraindicaciones.
3. Parámetros a evaluar.
4. Clasificación de riesgo.

Protocolo de entrenamiento:

1. **Frecuencia:** Lo idóneo es que sea de 3-5 sesiones por semana.
2. **Duración:** Lo correcto es que sea de entre 30 y 45 minutos.
3. **Tipos de ejercicios:** deben ser fundamentalmente aerobios y dinámicos, donde participen grandes grupos musculares o isotónicos aunque estáticos o isométricos, siempre que sean con la intensidad adecuada.
4. **Individualización:** Se debe tener en cuenta las características del proceso en cada paciente.

Ejercicios básicos en el plan de entrenamiento:

- ❖ Abdominales
- ❖ Cuclillas
- ❖ Plataforma
- ❖ Bicicleta
- ❖ Trote

Tipos de ejercicios:

Antes de comenzar los ejercicios físicos se debe tomar la Frecuencia Cardíaca y la Tensión Arterial.

1-Parte Inicial

Calentamiento General:

- ❖ De pie, manos en la cintura: flexión del cuello al frente y hacia atrás o rotación de la cabeza.
- ❖ De pie, brazos a ambos lados del cuerpo : Circunducción de los brazos cuando van hacia atrás (Inspiración) hacia delante (expiración)
- ❖ De pie, manos en el abdomen: Respiración diafragmática
- ❖ De pie, manos en la cintura: Circunducción de la cadera.

2-Parte Principal

-Priorizar los ejercicios aeróbicos:

- ❖ Carrera durante 20min, de tipo aeróbica, manteniendo el pulso de entrenamiento calculado en la prueba de esfuerzo.
 - ❖ Ir aumentando el volumen de carrera cada 6 semanas 15minutos, según la tolerancia del paciente, hasta cumplir 45minutos en obesos y en personas con buen peso no es necesario realizar más de 30 min de trabajo.
 - ❖ Realizar ejercicios de flexibilidad y de recuperación durante 15 min (Ejerc. Respiratorios)
 - ❖ Realizar ejercicios de fortalecimiento de diferentes grupos musculares, dentro de ellos:
- Planchas
 - Abdominales

- Cuclillas

- ❖ Se debe comprobar la Frecuencia Cardíaca entre tanda y tanda, la cual debe encontrarse en concordancia con el pulso de entrenamiento.
- ❖ Descanso de 3min entre tanda.

Parte Final

- ❖ Realizar ejercicios de recuperación (Ejerc. Respiratorios) y de flexibilidad durante 10min.
- ❖ Tomar la Frecuencia Cardíaca final, la cual debe ser igual o parecida a la Frecuencia Cardíaca basal.

Indicaciones :

De tener la Tensión Arterial alta antes de realizar el plan de entrenamiento, se sugiere no efectuar el mismo hasta tanto la misma no esté controlada.

Anexo 8:

Entrevista psicológica al especialista en Endocrinología:

Objetivo:

- ❖ Indagar en los hábitos dietéticos idóneos para el paciente hipertenso.

Indicadores:

- ❖ Consideraciones acerca de la dieta para adolescentes hipertensos esenciales.

Elementos puntuales:

Los adolescentes hipertensos deben consumir una dieta específica con determinadas restricciones, de acuerdo al peso, talla y edad del paciente. De esta forma, los hábitos alimentarios se consideran:

-Adecuados: cuando se consume la cantidad y variedad de alimentos correspondientes con la edad, talla, peso y la enfermedad, según las indicaciones del especialista.

-Parcialmente adecuados: cuando se consume una cantidad mayor de alimentos que los requeridos (o alimentos que han sido limitados de acuerdo a la condición médica) la mitad de las veces.

-Inadecuados: cuando se consume una cantidad mayor de alimentos que los requeridos (o alimentos que han sido limitados de acuerdo a la condición médica) de manera frecuente o habitual.

Anexo 9:

Entrevista psicológica a los padres:

Objetivos propuestos en la 1ra entrevista:

- ❖ Obtener el consentimiento informado de los padres a participar en la investigación.
- ❖ Declarar los objetivos de la investigación.
- ❖ Obtener datos generales del adolescente.
- ❖ Indagar en las características de los contextos familiar, escolar y de relación con los iguales así como en su incidencia en posibles manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en el adolescente.
- ❖ Indagar en la personalidad en formación del adolescente.

Indicadores:

- ❖ Datos personales
- ❖ Características generales del adolescente.
- ❖ Antecedentes familiares de hipertensión
- ❖ Estructura de la familia
- ❖ Relaciones padres-hijos
- ❖ Jerarquía familiar en la educación del adolescente
- ❖ Características de la comunicación
- ❖ Estilos educativos predominantes
- ❖ Hábitos y estilos de vida predominantes en la familia
- ❖ Presencia de hábitos tóxicos y saludables del adolescente
- ❖ Relaciones del adolescente con sus coetáneos y maestros.
- ❖ Motivación por los estudios.
- ❖ Rendimiento escolar.
- ❖ Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores respecto al contexto familiar, escolar y relación con iguales.
- ❖ Influencia de estos contextos en los estados emocionales.
- ❖ Características de personalidad en formación y su relación con los estados emocionales.

Anexo 10:

Entrevista psicológica a los padres:

Objetivos de la 2da entrevista a los padres:

- ❖ Explorar el impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso, enfatizando en la presencia de ansiedad, depresión e ira ante la misma.
- ❖ Profundizar en los estados emocionales que el adolescente vivencia con mayor frecuencia.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

Indicadores:

- ❖ Impacto emocional de la enfermedad en los adolescentes hipertensos.
- ❖ Presencia de ansiedad, depresión e ira en el adolescente.
- ❖ Manifestaciones de estos estados emocionales en el adolescente (fisiológicas, cognitivas y motoras).
- ❖ Percepción de situaciones estresantes.
- ❖ Percepción emocional del adolescente.
- ❖ Comprensión emocional del adolescente.
- ❖ Expresión de emociones ante diversas situaciones.
- ❖ Estrategias de afrontamiento.
- ❖ Resultados positivos y/o negativos de dichas estrategias, respecto a la solución o no del problema.

Anexo 11:

Entrevista psicológica a los adolescentes:

Objetivos propuestos en la 1ra entrevista:

- ❖ Obtener el consentimiento del adolescente para participar en la investigación.
- ❖ Comunicar los objetivos del estudio.
- ❖ Establecer la empatía con el adolescente.
- ❖ Indagar en las características generales del adolescente.
- ❖ Profundizar en la dinámica de los contextos familiar, escolar y de relación con los coetáneos, así como en su incidencia en posibles manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en el adolescente.

Indicadores:

- ❖ Empatía
- ❖ Características generales del adolescente.
- ❖ Estructura de la familia
- ❖ Relaciones padres-hijos
- ❖ Jerarquía familiar en la educación de adolescente
- ❖ Características de la comunicación
- ❖ Estilos educativos predominantes
- ❖ Hábitos y estilos de vida predominantes en la familia
- ❖ Características de la dieta
- ❖ Relaciones con sus coetáneos.
- ❖ Relaciones maestro-adolescente
- ❖ Motivación por los estudios
- ❖ Rendimiento académico.
- ❖ Preocupaciones, problemas, tristezas, alegrías y temores respecto al contexto familiar, escolar y relación con iguales.
- ❖ Incidencia de estos contextos en la presencia de estados emocionales.

Anexo 12:

Entrevista psicológica a los adolescentes:

Objetivos de la 2da entrevista:

- ❖ Evaluar el impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso, enfatizando en la ansiedad, la depresión y la ira presente ante la misma.
- ❖ Indagar en la personalidad en formación del adolescente.

Indicadores:

- ❖ Impacto emocional de la enfermedad en el adolescente.
- ❖ Características de la personalidad en formación y su relación con los estados emocionales.

Anexo 13:

Entrevista psicológica a los adolescentes:

Objetivos de la 3ra entrevista:

- ❖ Profundizar en las características de los estados emocionales que el adolescente vivencia con mayor frecuencia y en las causas asociadas a la misma.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

Indicadores:

- ❖ Presencia de ansiedad, depresión e ira en el adolescente.
- ❖ Manifestaciones de la ansiedad, la depresión y la ira en el adolescente (fisiológicas, cognitivas y motoras).
- ❖ Causas de la existencia de dichos estados emocionales.
- ❖ Emociones que más predominan en el adolescente.
- ❖ Percepción de situaciones estresantes.
- ❖ Percepción emocional.
- ❖ Comprensión emocional
- ❖ Expresión de emociones ante diversas situaciones.
- ❖ Estrategias de afrontamiento.
- ❖ Resultados positivos y/o negativos de dichas estrategias, respecto a la solución o no del problema.

Anexo 14:

Entrevista psicológica al maestro:

Objetivos:

- ❖ Indagar en las características del desempeño escolar del adolescente y su incidencia en las manifestaciones de ansiedad, depresión e ira.
- ❖ Profundizar en la dinámica del contexto familiar, escolar y relaciones con los iguales del adolescente valorando su relación con la presencia de ansiedad, depresión e ira.
- ❖ Indagar en la regulación emocional del adolescente.

Indicadores:

- ❖ Disciplina y asistencia a las actividades académicas.
- ❖ Rendimiento escolar.
- ❖ Relación familia-escuela.
- ❖ Conflictos del adolescente en los contextos familiar, escolar y de relación con los iguales.
- ❖ Personalidad en formación.
- ❖ Manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en los adolescentes
- ❖ Frecuencia e intensidad con que experimenta la ansiedad, la depresión y la ira el adolescente.
- ❖ Percepción emocional.
- ❖ Comprensión emocional.
- ❖ Expresión emocional ante diversas situaciones.
- ❖ Estrategias de afrontamiento.

Anexo 15:

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO INFANTIL-IDAREN

Nombre y Apellidos: _____ **Edad:** _____

PRIMERA PARTE

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **COMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

	Nada	Algo	Mucho
.Me siento calmado			
.Me encuentro inquieto			
.Me siento nervioso			
.Me encuentro descansado			
.Tengo miedo			
.Estoy relajado			
.Estoy preocupado			
.Me encuentro satisfecho			
. Me siento feliz			
0. Me siento seguro			
1. Me encuentro bien			
2. Me siento molesto			
3. Me siento agradablemente			
4. Me encuentro atemorizado			
5. Me encuentro confuso			
6. Me siento animoso			
7. Me siento angustiado			
8. Me encuentro alegre			
9. Me encuentro contrariado			
0. Me siento triste			

SEGUNDA PARTE

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga cómo te **SIENTES en GENERAL**, no solo en este momento. No hay repuestas

malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando las respuestas que diga mejor cómo te encuentras **GENERALMENTE**.

	Casi Nunca	Algo	A menudo
.Me preocupa cometer errores			
.Siento ganas de llorar			
.Me siento desgraciado			
.Me cuesta tomar una decisión			
.Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
.Me preocupo demasiado			
.Me encuentro molesto			
.Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza me molestan			
.Me preocupan las cosas de la escuela			
0. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer			
1. Noto que mi corazón late más rápido			
2. Aunque no lo digo tengo miedo			
3. Me preocupo por las cosas que puedan currir			
4. Me cuesta quedarme dormido por las noches			
5. Tengo sensaciones extrañas en el estómago			
6. Me preocupa lo que otros piensen de mí			
7. Me influyen tanto los problemas que no uedo olvidarlos durante un tiempo			
8. Tomo las cosas demasiado en serio			
9. Encuentro muchas dificultades en mi vida			
0. Me siento menos feliz que los demás chicos			

Anexo 16:

Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs.

NOMBRE Y APELLIDOS.....

GRADO:.....**SEXO:** **EDAD:**.....

INSTRUCCIONES

Los niños y jóvenes como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este Cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas. De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoge. Sólo una, la que más se acerque a cómo eres o te sientes.

1. ☐ De vez en cuando estoy triste.
☐ Muchas veces estoy triste.
☐ Siempre estoy triste.
2. ☐ Nunca me va a salir nada bien.
☐ No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien
☐ Las cosas me van a salir bien.
3. ☐ Muchas cosas me divierten.
☐ Algunas cosas me divierten.
☐ Nada me divierte.
4. ☐ La mayoría de las cosas las hago bien.
☐ Muchas cosas las hago mal.
☐ Todo lo hago mal.
5. ☐ Siempre soy malo o mala.
☐ Muchas veces soy malo o mala.
☐ Algunas veces soy malo o mala.
6. ☐ A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
☐ Me preocupa que pasen cosas malas.
☐ Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7. ☐ Me odio.
☐ No me gusta como soy.
☐ Me gusta como soy.
8. ☐ Todas las cosas malas son por mi culpa.
☐ Muchas cosas malas son por mi culpa.
☐ Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. ☐ No pienso en quitarme la vida.
☐ Pienso en quitarme la vida, pero no lo haría.
☐ Quiero quitarme la vida.
10. ☐ Todos los días tengo ganas de llorar.
☐ Muchos días tengo ganas de llorar.
☐ De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11. ☐ Siempre me preocupan las cosas.
☐ Muchas veces me preocupan las cosas.
☐ De vez en cuando me preocupan las cosas.
12. ☐ Me gusta estar con la gente.
☐ Muchas veces no me gusta estar con la gente.
☐ Nunca me gusta estar con la gente.
13. ☐ No puedo decidirme.
☐ Me cuesta decidirme.
☐ Me decido fácilmente.
14. ☐ Soy simpático o simpática.
☐ Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
☐ Soy feo o fea.
15. ☐ Siempre me cuesta trabajo hacer las tareas.
☐ Muchas veces me cuesta trabajo hacer las tareas.
☐ No me cuesta trabajo hacer las tareas.
16. ☐ Todas las noches me cuesta trabajo dormir.
☐ Muchas veces me cuesta trabajo dormir.
☐ Duermo bien.
17. ☐ De vez en cuando estoy cansado o cansada.
☐ Muchos días estoy cansado o cansada.
☐ Siempre estoy cansado o cansada.
18. ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
☐ Muchos días no tengo ganas de comer.
☐ Como muy bien.
19. ☐ Nunca me siento solo o sola.
☐ Muchas veces me siento solo o sola.
☐ Siempre me siento solo o sola.
20. ☐ No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
☐ Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
☐ Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

21. O Nunca me divierto en la escuela.
 O Sólo a veces me divierto en la escuela.
 O Muchas veces me divierto en la escuela.
22. O Tengo muchos amigos.
 O Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 O No tengo amigos.
23. O Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 O Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
 O Soy tan bueno como otros niños.
24. O Mi trabajo en la escuela es bueno.
- O Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.
 O Me va muy mal en los cursos en los que antes me iba muy bien.
25. O Nadie me quiere.
 O No estoy seguro de que alguien me quiera.
 O Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. O Me llevo bien con la gente.
 O Muchas veces me peleo.
 O Siempre me peleo.
27. O Generalmente hago lo que me dicen.
 O Muchas veces no hago lo que me dicen.
 O Nunca hago lo que me dicen.

Anexo 17:

Inventario de Expresión de la ira rasgo-estado, versión niño-adolescente (STAXI – 2 N/A)

INSTRUCCIONES:

Este folleto contiene tres partes. Cada una posee distintas instrucciones para responder a las oraciones que las personas utilizan para describir sus sentimientos y comportamientos. Lea cuidadosamente cada parte antes de hacer un círculo en su respuesta.

Para cada oración, por favor haga un círculo en el número que mejor te describe. No hay respuestas correctas o incorrectas. Haga el círculo en un número solamente para cada oración.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: _____ Edad _____

Parte 1 Instrucciones: Las oraciones de abajo hablan de cómo se sienten las personas en algunas ocasiones. Lee cada una y luego haz un círculo en la respuesta que indica como te sientes ahora mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se honesto y no emplees mucho tiempo en ninguna oración.

		En nada	Un poco	Bastante
1	Me siento molesto	1	2	3
2	Me siento enfadado	1	2	3
3	Me siento irritado	1	2	3
4	Me siento con deseos de gritar fuerte	1	2	3
5	Siento deseos de pegarle a alguien	1	2	3
6	Siento deseos de gritar	1	2	3
7	Siento deseos de patear a alguien	1	2	3
8	Me siento de mal humor	1	2	3
9	Siento deseos de lanzar algo	1	2	3
10	Estoy furioso	1	2	3

Parte 2 Instrucciones: Las oraciones de abajo hablan cómo se sienten las personas en algunas ocasiones. Lee cada una y luego haz un círculo en la respuesta que indica con qué frecuencia generalmente te sientes así. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sé honesto y no emplees mucho tiempo en cada oración.

		Casi nunca	A veces	Frecuentemente
11	Me siento enfadado	1	2	3
12	Me pongo furioso	1	2	3
13	Me enfado rápidamente	1	2	3
14	Me molesto cuando hago algo bueno y nadie	1	2	3

	lo nota			
15	Me pongo furioso cuando me castigan injustamente	1	2	3
16	Me siento protestón	1	2	3
17	Me enfado cuando hago algo bien y me dicen que lo hice mal	1	2	3
18	Me enfado cuando me culpan de algo que no hice yo	1	2	3
19	Soy mal genioso	1	2	3
20	Siento deseos de gritar cuando hago algo bien y alguien dice que lo hice mal	1	2	3

Parte 3 Instrucciones: Todos nos enfadamos de vez en cuando, pero las personas reaccionan de forma diferente cuando se enfadan. Las oraciones de abajo hablan de cómo puedes sentirte cuando te enfadas. Lee cada oración y luego haz un círculo en la respuesta que describe mejor con qué frecuencia te sientes o actúas de esa forma cuando te enfadas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se honesto. No emplees mucho tiempo en cada oración.

		Casi nunca	A veces	Con frecuencia
21	Yo muestro mi enfado	1	2	3
22	Si me cae mal alguien, me lo callo	1	2	3
23	Mantengo mi compostura	1	2	3
24	Digo cosas crueles	1	2	3
25	Escondo mi enfado	1	2	3
26	Trato de relajarme	1	2	3
27	Pierdo la calma	1	2	3
28	Me guardo mi ira	1	2	3
29	Trato de calmarme	1	2	3
30	Trato de calmar mis sentimientos de ira	1	2	3
31	Soy discutiador	1	2	3
32	Hago cosas para relajarme y calmarme	1	2	3
33	Temo mostrar mi enfado	1	2	3
34	Hago cosas como tirar puertas	1	2	3
35	Me enfado internamente, pero no lo muestro	1	2	3

Calificación e interpretación del STAXI-2:

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas. Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos para obtener los percentiles de cada una de las sub-escalas y escalas.

Escala Ira Estado (E-Ira)= Subescala (E-Ira-S)+ Subescala (E-Ira-V/F)

$E-Ira-S = \sum (1 + 2 + 3 + 8 + 10)$

$E-Ira-V/F = \sum (4 + 5 + 6 + 7 + 9)$

$E-Ira = \sum (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10)$

Ira Rasgo (R-Ira)= Subescala (R-Ira-T)+Subescala (R-Ira-R)

$R-Ira-T = \sum (11 + 12 + 13 + 16 + 19)$

$R-Ira-R = \sum (14 + 15 + 17 + 18 + 20)$

$R-Ira = \sum (11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18 + 19 + 20)$

Expresión Exteriorizada de la Ira (E-Ira-E).

$E-Ira-E = \sum (21 + 24 + 27 + 31 + 34)$

Expresión Interiorizada de la Ira (E-Ira-I)

$E-Ira-I = \sum (22 + 25 + 28 + 33 + 35)$

Control de la Ira (C-Ira)

$C-Ira = \sum (23 + 26 + 29 + 30 + 32)$

Baremos de las escalas y subescalas del STAXI-II N/A. Sexo Masculino y Femenino. Rango edad: 9-12 años

% C E N T I L	<u>E -</u> <u>Ira</u>	E - Ira - S	E - Ira / V F	<u>R -</u> <u>Ira</u>	R - Ira - T	R - Ira - R	<u>E -</u> <u>Ira - E</u>	<u>E -</u> <u>Ira - I</u>	<u>C -</u> <u>Ira</u>	% C E N T I L
10	10	5	5	12	5	6	5	6	6	10
20	10	5	5	13	6	7	5	7	8	20
25	10	5	5	14	6	7	6	7	8	25
30	10	5	5	14	6	8	6	7	9	30
40	10	5	5	15	7	8	6	8	9	40
50	10	5	5	16	7	9	7	8	10	50
60	11	5	5	17	8	9	7	9	11	60
70	12	6	5	18	8	10	8	10	12	70
75	13	6	6	19	8	11	8	10	13	75
80	13	7	6	20	9	11	9	10	13	80
90	16	8	8	21	10	13	10	11	14	90
99	23	13	13	27	13	15	14	14	15	99

Baremos de las escalas y subescalas del STAXI-II N/A. Sexo Masculino y Femenino. Rango edad: 14-18 años.

% C E N T I L	<u>E -</u> <u>Ira</u>	E - Ira - S	E - Ira / V F	<u>R -</u> <u>Ira</u>	R - Ira - T	R - Ira - R	<u>E -</u> <u>Ira - E</u>	<u>E -</u> <u>Ira - I</u>	<u>C -</u> <u>Ira</u>	% C E N T I L
10	10	5	5	13	6	7	5	6	8	10
20	10	5	5	15	7	8	6	7	9	20
25	10	5	5	16	7	8	7	7	9	25
30	10	5	5	16	7	8	7	7	10	30
40	11	5	5	17	8	9	7	8	10	40
50	11	5	5	18	8	10	8	9	11	50
60	12	6	6	19	9	11	9	9	12	60
70	14	7	7	20	9	11	9	10	13	70
75	15	7	7	21	10	12	10	10	13	75
80	15	8	8	22	10	12	10	11	14	80
90	17	10	9	24	11	13	12	12	15	90
99	25	15	13	28	14	15	15	14	15	99

Anexo 18:

DERS-Español

INSTRUCCIONES: *Por favor indica qué tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:*

Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. No controlo mis sentimientos					
4. No tengo idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender las razones de cómo me siento					
6. Le hago caso a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me siento					
8. Estoy confundida por cómo me siento					
Para contestar todas las frases siguientes, piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el último mes. Cuando me siento mal yo:	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
9. Puedo reconocer cómo me siento					
10. Me enojo conmigo misma/o por sentirme de esa manera.					
11. Me cuesta trabajo hacer mis tareas					
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
14. Siento que soy débil					
15. Me siento culpable por sentirme de esa manera					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Me cuesta trabajo controlar lo que hago					

18. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
19. Me molesto conmigo misma/o por sentirme de esa manera					
20. Me empiezo a sentir muy mal conmigo misma/o					
21. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por mi estado de ánimo.					
22. Pierdo el control de cómo me porto					
23Tengo dificultades para pensar en algo más					
24. Necesito mucho tiempo para sentirme mejor					

Anexo 19:

ESCALA BIEPS-J

NOMBRE----- **EDAD**----- **SEXO**----- **GRADO**-----

Te pedimos que leas con atención las veinte frases siguientes. Marca tu respuesta en cada una de ellas de acuerdo a lo que pensaste y sentiste durante el último mes. Las alternativas de respuestas son:- ESTOY DE ACUERDO-NI DE ACUERDO NI DE DESACUERDO-ESTOY EN DESACUERDO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No dejes frases sin responder. Marca tu respuesta con una (X) en uno de los tres espacios.

	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo
1.Generalmente no cambio mis ideas o sentimientos para parecerme a los demás			
2. Creo que me hago cargo de lo que digo o hago.			
3. Tengo amigos en quien confiar.			
4.Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			
5. En general estoy satisfecho con el cuerpo que tengo.			
6. Puedo decir lo que pienso sin problemas.			
7. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
8. Pocas veces me siento solo/a.			
9. Me preocupa lo que haré en el futuro.			
10. Generalmente le caigo bien a la gente.			
11. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable.			
12.Encaro sin mayores problemas mis obligaciones.			
13. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
14. Siento que podré lograr las metas que me he propuesto.			
15. Estoy bastante satisfecho con mi forma de ser.			
16. Puedo tomar decisiones sin dudar mucha.			
17.Si estoy molesto/a por algo soy capaz de pensar como cambiarlo.			
18. Creo que en general me llevo bien con la gente.			
19.Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
20. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de pensar.			

Anexo 20:

INVENTARIO DE PROBLEMAS JUVENILES

Nombre y Apellidos:.....

Edad..... No de hermanos varones..... No de hermanas..... Padre vivo si..... no.....

Madre viva: Si..... No..... Grado..... Fecha.....

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 tú 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 más tiempo en la casa.
-6. Yo desearía que mamá estuviera más 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 y 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 21:

Test de Funcionamiento Familiar

En la familia:	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toma decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo 22:

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE PADRES ACERCA DEL RECONOCIMIENTO, EXPRESIÓN Y MANEJO DE EMOCIONES DE SUS HIJOS

El siguiente cuestionario responde a una investigación psicológica en la que está implicado su hijo. Su opinión nos será de gran ayuda. Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre y apellidos _____

Relación familiar con el niño: ___madre ___padre ___abuelo/a ___tío/a ___cuidador

Observando a mi hijo considero que es (Marque con una X la alternativa en la columna)

CONDUCTA	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces
Expresivo				
Cariñoso				
Calmado				
Alegre				
Se controla				
Cooperador				
Paciente				
Amistoso con otros niños				
Triste				
Impulsivo				
Enojón				
Ansioso				
Irritable				
Amistoso con adultos				

Observando a mi hijo (Marque con una X la alternativa en la columna)

CONDUCTA	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Muy pocas veces
Puede expresar cuando está contento				
Puede expresar cuando está enojado				
Puede expresar lo que lo pone nervioso o preocupado				
Puede expresar cuando se asusta				
Puede expresar cuando se siente triste o desanimado				

Yo como mamá/papá/abuela (Marque con una X la alternativa en la columna)

CONDUCTA	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces

Converso con mi hijo				
Lo reto				
Lo hago esperar				
Lo felicito				
Le exijo				
Lo puedo calmar				
Identifico lo que lo pone contento				
Identifico lo que lo enoja				
Identifico lo que lo pone nervioso o preocupado				
Identifico lo que lo asusta				
Identifico lo que lo entristece o desanima				

Anexo 23:

Tablas del primer procesamiento estadístico:

Tabla 1

Comprensión emocional * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Comprensión emocional	Adecuada	Cantidad	18	20	38
		% de Grupo	90.0%	100.0%	95.0%
	Parcialmente	Cantidad	1		1
		% de Grupo	5.0%		2.5%
	Inadecuada	Cantidad	1		1
		% de Grupo	5.0%		2.5%
Total		Cantidad	20	20	40
		% de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.487. La misma significación tiene el test de Mann-W

Tabla 2

Expresión emocional * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Expresión emocional	Expresiv o	Cantidad	2	18	20
		% de Grupo	10.0%	90.0%	50.0%
	Semi-expresiv o	Cantidad	13	2	15
		% de Grupo	65.0%	10.0%	37.5%
	Represiv o	Cantidad	5		5
		% de Grupo	25.0%		12.5%
Total	Cantidad	20	20	40	
	% de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

Tabla 3

Afrontamiento * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Afrontamiento	Efectivo	Cantidad	3	17	20
		% de Grupo	15.0%	85.0%	50.0%
	Parcialmente	Cantidad	6	2	8
		% de Grupo	30.0%	10.0%	20.0%
	Inefectivo	Cantidad	11	1	12
		% de Grupo	55.0%	5.0%	30.0%
Total	Cantidad	20	20	40	
	% de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

Tabla 4**Ansiedad rasgo * Grupo**

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Ansiedad rasgo	Bajo	Cantidad		9	9
		% de Grupo		45.0%	22.5%
	Medio	Cantidad	13	10	23
		% de Grupo	65.0%	50.0%	57.5%
	Alto	Cantidad	7	1	8
		% de Grupo	35.0%	5.0%	20.0%
Total		Cantidad	20	20	40
		% de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000. Lo mismo se confirma con el test de Mann-Whi

Tabla 5**Ansiedad estado * Grupo**

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Ansiedad estado	Medio	Cantidad	17	19	36
		% de Grupo	85.0%	95.0%	90.0%
	Alto	Cantidad	3	1	4
		% de Grupo	15.0%	5.0%	10.0%
Total		Cantidad	20	20	40
		% de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.605

Tabla 6**Depresión * Grupo**

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Depresión	Baja	Cantidad	3	13	16
		% de Grupo	15.0%	65.0%	40.0%
	Media	Cantidad	3	5	8
		% de Grupo	15.0%	25.0%	20.0%
	Alta	Cantidad	14	2	16
		% de Grupo	70.0%	10.0%	40.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000 confirmada con el test de Mann-Whitn

Tabla 7

Ira rasgo * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Ira rasgo	Bajo	Cantidad	2	5	7
		% de Grupo	10.0%	25.0%	17.5%
	Medio	Cantidad	10	12	22
		% de Grupo	50.0%	60.0%	55.0%
	Elevado	Cantidad	6		6
		% de Grupo	30.0%		15.0%
	Muy alto	Cantidad	2	3	5
		% de Grupo	10.0%	15.0%	12.5%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.049. Sig. exacta del test de Mann-Whitney: 0.049.

Tabla 8

Ira estado * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Ira estado	Bajo	Cantidad	9	13	22
		% de Grupo	45.0%	65.0%	55.0%
	Medio	Cantidad	9	6	15
		% de Grupo	45.0%	30.0%	37.5%
	Elevado	Cantidad	1	1	2
		% de Grupo	5.0%	5.0%	5.0%
	Muy alto	Cantidad	1		1
		% de Grupo	5.0%		2.5%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.654. Sig. exacta del test de Mann-Whitney: 0.654.

Tabla 9

Control de la ira * Grupo

			Grupo		Total
			Hipertensos	Normotensos	
Control de la ira	Muy alto	Cantidad	1	3	4
		% de Grupo	5.0%	15.0%	10.0%
	Elevado	Cantidad	8	10	18
		% de Grupo	40.0%	50.0%	45.0%
	Medio	Cantidad	8	5	13
		% de Grupo	40.0%	25.0%	32.5%
	Bajo	Cantidad	3	2	5
		% de Grupo	15.0%	10.0%	12.5%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.605. Sig. exacta del test de Mann-Whitney: 0.605.

Anexo 24:

Tablas del segundo procesamiento estadístico

Se muestran las cargas, como medida de cuanto cada variable satura a las dimensiones, demostrando así, las variables que conformaron cada una de estas dimensiones.

Tabla 1. Variables no psicológicas que se tomaron en cuenta en la investigación.

Saturaciones (cargas) en componentes

	Dimensión		
	1	2	3
Obesidad	-.033	-.448	-.703
Hábitos tóxicos	-.593	.224	.240
Sedentarismo	.362	.163	.584
Antecedentes familiares	-.006	.869	-.023
Hábitos dietéticos	.871	-.121	-.102
Adherencia al tratamiento no farmacológico	.295	-.575	.621
Adherencia al tratamiento farmacológico	.802	.424	-.233

Normalización principal por variable.

Tabla 2. Variables relacionadas con la regulación emocional.

Saturaciones en componentes

	Dimensión		
	1	2	3
Regulación emocional	.947	.050	-.218
Comprensión emocional	.119	-.601	-.406
Expresión emocional	.636	-.223	-.457
Afrontamiento	.860	.155	-.192
Bienestar emocional	.941	.044	-.285
Ansiedad rasgo	.233	-.048	.714
Ansiedad estado	.383	-.280	.552
Ira rasgo	.297	.311	.006
Ira estado	.017	.835	-.338
Control de la ira	.433	-.425	.318
Depresión	.413	.728	.370
Contexto familiar	.099	.423	.505
Contexto escolar	.412	-.510	.363
Relación con coetáneos	.671	.081	.172

Normalización principal por variable.

Tabla 3. Correlaciones entre las dimensiones y el control de la enfermedad.

En esta tabla se muestran las correlaciones entre las variables (las 6 dimensiones) y la correlación de cada una con el control de la enfermedad. Respecto a esta última, hay dos dimensiones que resultan con coeficientes de correlación medianamente significativos: la dimensión 1 de las variables de otra naturaleza que se tuvieron en cuenta en nuestro estudio (significación 0.059) y la dimensión 2 de las variables de regulación (significación 0.061).

Correlaciones entre las variables independientes y con el control de la enfermedad

			Dimensión 1 de variables de regulación	Dimensión 2 de variables de regulación	Dimensión 3 de variables de regulación	Dimensión 1 de variables de control	Dimensión 2 de variables de control	Dimensión 3 de variables de control	Control de la enfermedad
Tau_b de Kendall	Dimensión 1 de variables de regulación	Coeficiente de correlación		-.105	.326*	.016	-.297	.049	.126
		Sig. (bilateral)	.	.516	.044	.922	.073	.769	.487
	Dimensión 2 de variables de regulación	Coeficiente de correlación	-.105		-.105	-.038	.016	.189	-.341
		Sig. (bilateral)	.516	.	.516	.819	.922	.253	.061
	Dimensión 3 de variables de regulación	Coeficiente de correlación	.326*	-.105		-.156	.135	.113	-.202
		Sig. (bilateral)	.044	.516	.	.344	.415	.493	.266
	Dimensión 1 de variables de control	Coeficiente de correlación	.016	-.038	-.156		.193	.127	.349
		Sig. (bilateral)	.922	.819	.344	.	.251	.450	.059
	Dimensión 2 de variables de control	Coeficiente de correlación	-.297	.016	.135	.193		.116	-.129
		Sig. (bilateral)	.073	.922	.415	.251	.	.491	.485
	Dimensión 3 de variables de control	Coeficiente de correlación	.049	.189	.113	.127	.116		-.168
		Sig. (bilateral)	.769	.253	.493	.450	.491	.	.364
	Control de la enfermedad	Coeficiente de correlación	.126	-.341	-.202	.349	-.129	-.168	
		Sig. (bilateral)	.487	.061	.266	.059	.485	.364	.

*

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). Se somborean las correlaciones que son al menos medianamente significativas (al nivel 0.1

Anexo 25:

Distribución muestral según el funcionamiento de los contextos de socialización.

Tabla 1. Distribución muestral según el funcionamiento familiar.

<i>ADECUADO</i>	<i>MEDIANAMENTE ADECUADO</i>	<i>INADECUADO</i>
5	10	5
25%	50%	25%

Tabla 2. Distribución muestral según el funcionamiento del contexto escolar.

<i>ADECUADO</i>	<i>MEDIANAMENTE ADECUADO</i>	<i>INADECUADO</i>
5	6	9
25%	30%	45%

Tabla 3. Distribución muestral según la relación con los iguales.

<i>ADECUADO</i>	<i>MEDIANAMENTE ADECUADO</i>	<i>INADECUADO</i>
8	9	3
40%	45%	15%