



Facultad de Psicología

Título: Caracterización del funcionamiento emocional de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de HTA esencial.

Autor: Lic. Ronney Padilla Castillo

Tutora: Dra. Vivian Guerra Morales

Santa Clara, 2008

INDICE:

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Epígrafe 1. La hipertensión arterial pediátrica.....	7
1.1.1. Importancia del diagnóstico y tratamiento de la HTA pediátrica.....	7
1.1.2. Prevalencia de la HTA pediátrica.....	10
1.1.3. Etiología de la Hipertensión arterial esencial en la edad pediátrica.....	11
1.1.4. Pronóstico y tratamiento de la hipertensión en niños y adolescentes.....	13
Epígrafe 2. Tendencias actuales en el estudio de las emociones	
1.2.1. Aproximaciones conceptuales de las emociones.....	14
1.2.2. Principales modelos en el estudio de las emociones.....	16
1.2.3. Dimensiones fundamentales en el análisis del funcionamiento emocional.....	22
1.2.4. Particularidades de la esfera emocional en los últimos años de la edad escolar.....	29
1.2.5. Papel de los contextos desarrolladores y agentes de socialización en el desarrollo emocional de los adolescentes.....	36
Epígrafe 3. Emociones y salud.....	39
1.3.1. Papel de las emociones en el proceso de salud enfermedad.....	39
1.3.2. Emociones e Hipertensión arterial esencial.....	41
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
2.1. Diseño general de la investigación.....	46
2.2. Definición de la muestra.....	47
2.3. Definiciones operacionales.....	51
2.4. Descripción de las técnicas empleadas.....	56
2.5. Procedimiento general en la investigación.....	65
2.6. Análisis de los datos.....	67
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	69

3.1. Análisis individual de los adolescentes hipertensos: Estudio de casos.....69

3.2. Análisis del grupo de adolescentes hipertensos.....92

**3.3. Análisis del grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer
la hipertensión arterial esencial.....101**

**3.4. Análisis comparativo entre el grupo de adolescentes hipertensos y el grupo
de adolescentes en riesgo.....112**

3.5. Análisis Integral de los resultados.....116

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

BIBLIOGRAFÍA.....

ANEXOS.....

RESUMEN.

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo con el objetivo de describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, que estudian en la Escuela Primaria “América Latina”, de la ciudad de Santa Clara, durante el año 2008.

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se empleó un diseño de investigación integrador (mixto), es decir, en el que se combinan la metodología cuantitativa y la cualitativa, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada una. Las categorías elaboradas para el análisis de la información se relacionan con el funcionamiento emocional y los indicadores valorados en función de describir dicho funcionamiento desde un enfoque de riesgo, tales como repertorio emocional emociones según su contenido temático, frecuencia e intensidad de las emociones negativas, así como el papel que juegan los contextos de desarrollo en la manifestación de dichas emociones. Las técnicas utilizadas fueron: entrevista semi-estructurada (a adolescentes, padres y maestros); Inventario de Problemas Juveniles (IPJ); Rombo Afectivo; Completamiento de Frases; Dibujo del tema sugerido; Historias Proyectivas; Test Sociométrico; Inventario de la ansiedad rasgo-estado para niños (IDAREN); revisión documentos (expediente escolar) y observación semi - estructurada. Se utilizó el estudio de caso para profundizar en el funcionamiento emocional de los adolescentes hipertensos, los cuales fueron comparados con un grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la enfermedad.

El procesamiento de los datos se realizó de forma cuantitativa y cualitativa, obteniéndose como principales resultados:

INTRODUCCIÓN.

La situación de la hipertensión arterial pediátrica ha cambiado considerablemente en los últimos 30 años. En la actualidad, la realidad que caracteriza este importante problema de salud en los niños y adolescentes, se encuentra marcada por el reconocimiento, cada vez mayor, del inicio de la hipertensión adulta en las etapas tempranas de la vida.

Si bien durante muchos años fue habitual pensar que la hipertensión arterial (HTA) era una enfermedad exclusivamente de los adultos, hoy en día constituye una enfermedad de enorme interés en el niño y el adolescente (Gazzara, Álvarez, Barrenechea, Basso & Bernadá, 2002).

Las investigaciones realizadas al respecto, apuntan a la importancia de detectar y seguir la hipertensión arterial desde los primeros años de la vida (Álvarez, de Rivas, Martell & Luque, 2004; Lemos, Miño, Ortellado, Lukestik, 2006; Lurbe, Torró, & Cremades, 2001; Simsolo, Grunfeld, & Gutiérrez, 2008). Se ha comprobado que no sólo integra, como se pensaba hasta hace unas décadas, algunas enfermedades pediátricas en las que clásicamente se buscaba, sino que se presenta muchas veces en niños y adolescentes absolutamente asintomáticos (Gazzara y cols, 2002).

Lo anterior ha determinado un flujo importante de estudios epidemiológicos y clínicos en numerosos países, incluyendo el nuestro, relacionados con la hipertensión arterial en el niño y el adolescente, ya que esta enfermedad constituye un problema de salud a nivel mundial, con una alta prevalencia en la población adulta y asociada a importantes causas de morbilidad.

Se plantea que los niños y adolescentes que presentan valores altos de presión arterial (PA), son los candidatos a ser hipertensos en la vida adulta (Ramírez, 2006), por lo que el diagnóstico temprano en este sentido y su adecuado tratamiento, contribuye no sólo a mejorar la salud del adolescente, sino también a atenuar los factores de riesgo en el

adulto. De esta forma, la intervención médica precoz reduce la morbimortalidad cardiovascular en el adulto.

A partir de las investigaciones realizadas en el campo de la HTA pediátrica, se ha ido ampliando el conocimiento sobre aquellos factores que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad en el niño y adolescente, así como los que, una vez diagnosticada la enfermedad, pueden incidir negativamente en su curso y pronóstico.

De esta manera, se ha comprobado que los factores hereditarios, es decir, el presentar antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial, incrementan dicho riesgo, así como otros aspectos relacionados con la obesidad, la dieta, el ejercicio físico y el hábito de fumar (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006; Lurbe y cols, 2001; Llapur & González, 2006; Málaga, 2005; Mellina, González, Moreno, Jiménez & Peraza, 2001).

Teniendo en cuenta los modelos explicativos actuales en torno a la hipertensión arterial, es ampliamente reconocido el carácter multicausal de esta enfermedad, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial (Fernández-Abascal, 1993).

Por lo tanto, la hipertensión arterial constituye una de las innumerables enfermedades psicofisiológicas, donde los factores psicológicos juegan un importante papel en el origen y curso de la misma. Precisamente, dentro de dichos factores han sido frecuentemente investigadas 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 que de alguna manera están implicados en el proceso salud-enfermedad (Cano- Vindel & Miguel- Tobal, 2001; Friedman & DiMatteo, 1989; Grau, 1998, citados en Molerio, 2004).

Como refiere Molerio (2004), el estudio de las emociones ha transitado por diversos enfoques, lo cual se evidencia en la existencia de varias teorías sobre la emoción, cobrando importancia cada vez más creciente la orientación cognitivista.

Hoy en día, a pesar de diversas polémicas, hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Grau, Hernández & Vera, 2004; Lazarus, 2000; Mayne & Bonanno, 2001, citados por Molerio, 2004). Las emociones negativas pueden provocar alteraciones en la salud ya sea directamente a través de niveles de activación fisiológica que pueden desencadenar una disfunción orgánica o indirectamente, al desencadenar conductas poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, entre otras (Molerio, 2004).

Se comprende entonces que no sólo se debe profundizar en los factores hereditarios con incidencia en la hipertensión arterial pediátrica, sino también en los de orden psicológico. A pesar de que aún se necesita profundizar en los primeros, la situación de conocimiento actual en este sentido es más alentadora que en relación al estudio de los factores psicológicos, que pueden influir en la enfermedad hipertensiva en edades tan tempranas de la vida.

Esta situación se refleja en el limitado número de publicaciones científicas y referencias bibliográficas en torno al tema. Las investigaciones en adultos sobre el papel que juegan en la HTA el estrés, el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, la ansiedad, la ira, la depresión, son abundantes aunque con resultados muchas veces contradictorios, pero en niños y adolescentes son aún muy escasas.

Por lo tanto, resulta de gran utilidad todo intento de comprensión y explicación en el difícil y complejo mundo psicológico del niño o adolescente hipertenso, más aún buscando una relación entre dicho mundo y la enfermedad hipertensiva.

El reconocimiento de dicha complejidad se deriva de una premisa importante cuando se trabaja con niños y adolescentes. Son precisamente las características de la propia etapa evolutiva, donde se encuentran en desarrollo todos aquellos procesos psicológicos que se van configurando de manera cada vez más compleja, determinando paulatinamente niveles cualitativamente superiores en la regulación del comportamiento. Es lo que muchos denominan una y otra vez una personalidad en formación.

Por lo tanto, al abordar la relación salud enfermedad en la infancia y/o adolescencia debe partirse de una idea central: la evaluación psicológica del adolescente como la de un ser en formación y desarrollo, donde la línea divisoria entre salud y enfermedad no tiene una delimitación estricta (Guerra, 2001). Más aún, al aceptar la dinámica del desarrollo personalógico en el proceso de salud enfermedad, hay que tomar en cuenta que el niño es una personalidad en formación, cuyo desarrollo está influido especialmente por los contextos de desarrollo en los que se desenvuelve.

A pesar de las implicaciones que trae consigo la investigación en la etapa infantil, tomando en cuenta los aspectos anteriormente abordados, se enfatiza que la identificación precoz de los factores que pueden incidir en la aparición de la hipertensión arterial pediátrica y, sobre esta base, la intervención, constituye la vía más idónea para disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad en la vida adulta.

La presente investigación se inserta en el 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”, presentado 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 hipertensión arterial pediátrica.

Sobre la base de los elementos anteriormente abordados, así como los retos actuales de la Psicología de la Salud en el intento de delimitar el papel de los componentes psicológicos en la etiología y evolución de la HTA esencial en el niño o adolescente, nuestro estudio reconoce la importancia de indagar en las regularidades de sus emociones, tomando en cuenta el reconocimiento cada vez mayor del papel que ellas juegan en la génesis y evolución de dicha enfermedad, específicamente desde un enfoque de riesgo. Es por ello que en la presente investigación se plantea como problema científico:

- *¿Qué particularidades presenta el funcionamiento emocional de los adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial?*

De esta manera, se define como objetivo general de la investigación el siguiente:

- Describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, que estudian en la Escuela Primaria “América Latina”, de la ciudad de Santa Clara.

Objetivos Específicos:

1. Describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes hipertensos, a partir de los indicadores que se plantean en la investigación (intensidad, frecuencia, contenido temático, repertorio emocional).
2. Valorar la influencia de las particularidades psicológicas y los contextos de desarrollo, en la generación de las emociones que experimentan los adolescentes hipertensos.
3. Caracterizar el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de presentar hipertensión arterial esencial, a partir de los indicadores que se plantean en la investigación.
4. Comparar las características del funcionamiento emocional del grupo de adolescentes hipertensos estudiados con el grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la enfermedad.

Consideramos importante el abordaje de este tema de investigación, por las contribuciones teóricas y prácticas que se pueden derivar del mismo. Su novedad teórica radica en ofrecer una caracterización de las emociones en el adolescente hipertenso, profundizando en la consideración de los diferentes factores que desde la familia, la escuela y el grupo de coetáneos pueden incidir en dichas emociones.

El contenido del informe de investigación está estructurado en tres capítulos. El marco teórico referencial está planteado en el Capítulo I. En el mismo se aborda la hipertensión arterial en niños y adolescentes desde el punto de vista clínico, su conceptualización, prevalencia, tipos, factores de riesgo asociados y tratamiento. También se profundiza en las características de las emociones, por su importancia en el proceso de salud-enfermedad, específicamente en la hipertensión arterial esencial, así como en las

características de la situación social de desarrollo de la etapa escolar como periodo del desarrollo, profundizando en las particularidades de la esfera emocional y el papel de los contextos desarrolladores en este sentido.

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

En el tercer capítulo se recogen los resultados obtenidos en la investigación, ofreciéndose en el mismo las principales características del funcionamiento emocional en los adolescentes hipertensos estudiados. Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

CAPITULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Epígrafe 1. La hipertensión arterial pediátrica.

1.1.1 Importancia del diagnóstico y tratamiento de la HTA pediátrica.

La hipertensión arterial constituye un problema de salud a nivel mundial, por sus consecuencias sobre la calidad y la expectativa de vida en la población adulta. Presenta una alta prevalencia, ya que se estima que entre el 15 % y el 30 % de la población padece esta enfermedad. En Cuba, se ha determinado que el 33,8 % de la población adulta y urbana es hipertensa (Llanes, Chávez, González, Garí & González, 2008).

La hipertensión arterial aumenta la morbilidad y mortalidad de infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad renal terminal y accidente cerebrovascular (ACV), siendo este último una de las primeras causas de muerte para todas las edades, en países desarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro. Como consecuencia, es una enfermedad con un gran impacto sanitario, económico y social (Molerio, 2004).

A pesar de que los estudios sobre la hipertensión arterial se circunscribían mayormente a la etapa adulta, en las últimas tres décadas ha habido un incremento de publicaciones sobre las características que ésta presenta en niños y adolescentes, acorde con el aumento de dicho problema a nivel mundial.

Por lo tanto, la HTA constituye actualmente una enfermedad de enorme interés en el niño y el adolescente, produciéndose un flujo importante de estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en forma especial por la Academia Americana de Pediatría (Gazzara, 2002). Actualmente, el IV Reporte para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la presión arterial en niños y adolescentes (Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescent), publicado en agosto del 2004, definió los criterios que se deben seguir en este sentido. Dicho reporte, contiene las tablas actualizadas de los valores de presión arterial para niños y adolescentes, donde se relacionan la presión arterial conjuntamente con la edad cronológica, el peso y el percentil de talla para cada caso en particular.

Sobre esta base, la mayoría de los autores coincide en plantear que existe hipertensión arterial en la infancia, cuando las cifras de tensión arterial sistólica (TAS) y/o tensión arterial diastólica (TAD) se encuentran en niveles mayores ó iguales al 95 percentil para el sexo, edad y talla, tomada en 3 ocasiones (distintas o separadas) (Cortés, 2006; Duron-Merlo & López- Aguilar, 2002; Gazzara y cols, 2002; Lemos y cols, 2006; Lurbe y cols, 2001; Muñoz & Razetti, 1995).

También en el IV Reporte (Ramírez, 2006), se llama la atención sobre el rol de la hipertensión arterial en la tendencia actual de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico en niños y adolescentes, instando a los pediatras a una intervención temprana. En dicha actualización del 2004, la Task Force, en virtud de estos nuevos conceptos, revisó las definiciones de 1996. Es así que en la presente edición plantea denominar “pre hipertensión” a aquello que antes se consideraba como “Presión Arterial Normal Alta”. Además, propone una serie de modificaciones conceptuales en cuanto a la HTA pediátrica, basada en observaciones que muestran que estos niños y adolescentes están en riesgo de “hipertensión franca” de no mediar una adecuada y pronta intervención. El instituir cambios en los hábitos de vida de este grupo de adolescentes prehipertensos, puede evitar su progresión a la hipertensión, lo cual permite reducir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta temprana.

Por lo tanto, se define Prehipertensión para aquellos niños y adolescentes con cifras de TAS y/o TAD mayor ó igual al 90 percentil, pero menor de 95 percentil para sexo, edad y talla, tomada en 3 ocasiones.

La importancia del estudio de la HTA pediátrica es resaltada en la mayoría de las investigaciones sobre el tema. Actualmente no caben dudas que la hipertensión arterial esencial (HTAe) del adulto tiene sus orígenes en la infancia, por lo que su detección y seguimiento debe comenzar desde los primeros años de vida (Álvarez, de Rivas & Luque, 2004; Lemos y cols, 2006; Lurbe y cols, 2001; Simsolo y cols, 2008; Suárez, Álvarez & Campillo, 2004). Se ha demostrado que los predictores más importantes de hipertensión

en la edad adulta son los niveles de presión arterial en etapas tempranas de la vida y la historia familiar de hipertensión (Simsolo y cols, 2008). Es decir, los niños y adolescentes que presentan valores altos de PA, son candidatos a ser hipertensos en la vida adulta (Ramírez, 2006).

Las investigaciones al respecto, reafirman la idea del alto por ciento de probabilidades de que un niño, que presenta valores elevados de presión arterial, pueda desarrollar una tensión arterial elevada en etapas posteriores de la vida (Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006). Se plantea la existencia de un patrón de persistencia, también nombrado *tracking*, de la TA desde la infancia hasta la vida adulta (Ardura, 2000; Cortés, 2006; Muñoz & Razetti, 1995; Saieh, 2006).

Por lo tanto, 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 factores de riesgo más comportamentales, ambientales, entre otros.

De este modo, como refieren Gazzara y cols (2002), el conocimiento de que la HTAe comienza muchas veces en los primeros años de la vida, integra al niño en uno de los más importantes problemas de la salud pública y plantea la necesidad de comenzar su estudio y tratamiento en el período real de su inicio, o sea, la edad pediátrica.

La detección precoz del niño hipertenso y la derivación adecuada y oportuna, permiten evitar las complicaciones que la hipertensión arterial puede traer en la edad pediátrica o en la adultez, así como reducir la morbimortalidad cardiovascular en el adulto joven (Ardura, 2000; Caggiani & Farré, 2006; Lurbe y cols, 2001; Mellina, González, Moreno, Jiménez, & Peraza, 2001; Mijares, 2005; Molina, Fadragas, Reyes & Rodríguez, 2007). El mejor tratamiento consistirá, precisamente, en dicha detección temprana.

1.1.2 Prevalencia de la HTA pediátrica.

Acerca de la prevalencia de la HTA en la población infantil, según los estudios realizados tanto en Cuba como en el extranjero, se han encontrado resultados que oscilan entre un 0,8 y 13 % (Gazzara y cols, 2002; Egidio, 2003; Lemos y cols, 2006; Martínez, 2007).

En este sentido, la determinación de la prevalencia de HTA en pediatría se ve afectada, ya que existen una serie de dificultades en cuanto a la realización de su diagnóstico, que pueden llevar tanto al subdiagnóstico como al sobrediagnóstico (Simsolo y cols, 2008). Entre dichas dificultades se puede mencionar:

- La definición de hipertensión arterial en la edad pediátrica, que resulta mucho más compleja que en el adulto por sus características en estas etapas de la vida, siendo un parámetro variable en las mismas (Álvarez y cols, 2004; Lurbe y cols, 2001).
- Problemas técnicos, sobre todo relacionados con la no existencia de un mango único standard para medir la presión como se hace con los adultos.
- Alta frecuencia de hipertensión de bata blanca en niños y adolescentes. En adultos se acepta que del 15 a 30 % de los pacientes hipertensos presentan hipertensión de bata blanca. En el caso de los niños y adolescentes, se reportan cifras mayores, en muchos casos superiores al 45 % (Simsolo y cols, 2008).
- Falta de costumbre en el personal médico de tomar la presión arterial a niños y adolescentes en la consulta, a pesar de que el interés por el tema de la presión arterial (PA) en la niñez y adolescencia ha ido en aumento y, en ese sentido, destacados organismos, entre ellos la OMS, alertan sobre la importancia de la medición periódica de la PA en niños.
- Las propias características de la HTA, muchas veces asintomática.

Hace aproximadamente 10 años, los estudios internacionales que medían la presión arterial en niños y adolescentes señalaban que el 1% de los menores presentaba HTA. Sin embargo, las investigaciones más recientes demuestran que la cifra se ha elevado peligrosamente al 4,5%. Algunos estudios señalan que oscila entre el 1 y un 5 % (Álvarez y cols, 2004; Cortés, 2006; Caggiani & Farré, 2006; Egidio, 2003; Krmar, Galarza,

Wharen, Catasicaris & Ruiz, 1999; Lurbe & Torró, 2002; Málaga, 2004; Ramírez, 2006). No obstante los elementos anteriores, las cifras más aceptadas se encuentran entre un 2 y 3 % en la población menor de 18 años. De cualquier manera, es importante destacar que el por

ciento de prevalencia generalmente aumenta en la adolescencia en 4 ó 5 veces (Duron-Merlo & López- Aguilar, 2002).

1.1.3 Etiología de la Hipertensión arterial esencial en la edad pediátrica.

Durante muchos años prevaleció la creencia generalizada de que las causas más frecuentes de HTA establecida en la edad infantil correspondían a las de origen secundario, y que variaban en función de los grupos de edad (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Gazzara y cols, 2002; Lemos y cols, 2006; Ramírez, 2006). Sin embargo, en la actualidad los estudios epidemiológicos y clínicos admiten que –al igual que en el adulto– la causa más frecuente de HTA en la infancia y la adolescencia es de origen multifactorial o esencial, y que su prevalencia oscila al menos entre el 1,5 y el 3% (responsable de más del 80 % de los casos), mientras que sólo correspondería un 0,1 % a las de origen secundario, lo que representa el 1-3 % de la cifra global. Por lo tanto, se ha demostrado que la HTAe es la más frecuente en la infancia y que su prevalencia aumenta en la medida que lo hace la edad de los niños investigados.

Numerosas investigaciones se han llevado a cabo en los últimos años, para determinar los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hipertensión arterial esencial en niños y adolescentes. En Ciudad de la Habana, Santiago de Cuba, Villa Clara, entre otras provincias, en estudios realizados desde el 2004 hasta la fecha, el factor de riesgo que se encuentra con mayor frecuencia es el antecedente familiar de hipertensión arterial, seguido por la obesidad y tabaquismo (fundamentalmente pasivo), así como el sedentarismo y el bajo peso al nacer (Llanes y cols, 2008; Llapur & González, 2006; Molina y cols, 2007).

En los estudios realizados en otros países se han encontrado resultados similares, concluyendo que existen una serie de factores que aumentan el riesgo de desarrollar un 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 (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006).

El comportamiento de estos factores de riesgo se ha ido incrementando en los últimos años en nuestra sociedad, debido a los cambios en los hábitos de vida, con un aumento de la vida sedentaria, disminución de la actividad física y cambios en los patrones alimentarios (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006; Llapur & González, 2006).

De igual manera, se ha producido un incremento sin precedentes de la obesidad en grandes proporciones. En consecuencia, se espera que haya un ascenso en los próximos años de las enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas, de la hipertensión arterial.

De esta forma, existen hoy en día mayor cantidad de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, triplicándose las cifras en los últimos 30 años. Según el estudio NANHES, en los años 1976-80 la prevalencia de la obesidad en adolescentes de 12 a 19 años era de 5%, mientras que en los años 1999-2000 aumentó a un 15,5%. En correspondencia con lo anterior, el 4to Reporte de Hipertensión en niños plantea que los niños obesos tienen 3 veces mayor riesgo de sufrir de hipertensión arterial que los no obesos y a su vez, alrededor del 30% de los hipertensos son obesos. Por lo tanto, es reconocida la obesidad como un factor de riesgo significativo en el desarrollo de HTA primaria (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006).

Al abordar otros factores de riesgo, se conoce que la nicotina se asocia con presión sanguínea aumentada en adultos. Hoy en día, un número importante de adolescentes comienzan a fumar cada vez a edades más tempranas y otros adolescentes muchas veces son fumadores pasivos. Por otra parte, los niños y adolescentes que realizan actividad física pueden presentar niveles de presión sanguínea más bajos que aquellos que no hacen actividad física (Cortés, 2006; Llapur & González, 2006).

Otros factores de riesgo reconocidos en la literatura científica son la edad, el sexo y la raza. Con relación a la edad, se describe que la HTA tiende a ser más frecuente en la

medida en que se avanza en años de vida. Por su parte, el sexo, al igual que la raza, no tienen el mismo impacto en la presión arterial de los niños que en los adultos. En las investigaciones realizadas sobre el sexo en la hipertensión arterial infantil, la predominancia del sexo en la hipertensión es variable. No obstante, desde el inicio de la pubertad se va

haciendo cada vez más notable una mayor presión arterial en los varones, con respecto a las hembras (Cortés, 2006; Duron-Merlo & López- Aguilar, 2002; Muñoz & Razetti, 1995).

De forma general, el enfoque actual del manejo de la hipertensión arterial es el de hacer una evaluación integral del paciente hipertenso, identificando todos los factores de riesgo cardiovascular que pueda tener asociados y actuando sobre ellos. Ante la detección de un factor de riesgo cardiovascular, se debe hacer la búsqueda del resto de los factores por la frecuencia con que se presentan relacionados (Llapur & González, 2006).

1.1.4 Pronóstico y tratamiento de la hipertensión en niños y adolescentes.

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

En cuanto al tratamiento, las decisiones se toman en función de los valores de tensión arterial, de la presencia de una etiología definida y de la evaluación de los posibles factores de riesgo (Álvarez y cols, 2004; Lurbe & Torró, 2002).

En todos los casos se recomienda la adopción de medidas no farmacológicas que han demostrado tener una influencia favorable en el control de las cifras de PA. Dentro de ellas se destacan: la reducción de peso, el aumento de la actividad física, la reducción de sodio, los suplementos de potasio, entre otras (Cortés, 2006).

De este modo, la promoción de un estilo de vida saludable está en la base de la prevención de la hipertensión arterial. Una vez diagnosticada la enfermedad en el niño o

adolescente, las medidas terapéuticas no farmacológicas deben estar dirigidas a fomentar el autocontrol paciente, así como a todo el núcleo familiar para favorecer el éxito terapéutico (Caggiani & Farré, 2006; Cortés, 2006; Lemos y cols, 2006; Lurbe & Torró, 2002).

Con relación a los factores de riesgo revisados en la literatura que más frecuentemente se asocian a la HTA pediátrica, existen escasas referencias sobre el papel que juegan los aspectos psicológicos como las emociones, el estrés y la personalidad, en la instauración y/o mantenimiento de la enfermedad. Por lo tanto, se hace necesario llevar a cabo una profundización en el estudio de las emociones y el papel que éstas juegan en el proceso de salud enfermedad, particularmente en la hipertensión arterial, para intentar comprender cómo pueden estudiarse en relación con la hipertensión arterial pediátrica, de acuerdo a los propósitos de la presente investigación.

Epígrafe 2. Tendencias actuales en el estudio de las emociones.

1.2 1 Aproximaciones conceptuales de las emociones.

Históricamente, han existido tantas definiciones de emoción como corrientes, teorías y enfoques ha habido en la Psicología. Algunas ideas en este sentido se refieren a continuación.

Etimológicamente, emoción proviene de movere que significa moverse, más el prefijo "e" que significa algo así como "movimiento hacia" (Olguín, 2006). De esta manera, se plantea que las emociones son estados afectivos de mayor o menor intensidad y de corta duración. Palmero (2001) plantea que la emoción implica la concienciación subjetiva, una dimensión fisiológica, expresivo/motora y cognitiva. Es un proceso básico, con características dinámicas y funciones adaptativas.

Tanto Molerio (2004), Palmero (2001), como Pérez & Redondo (2002), señalan que a pesar de las diferencias y contradicciones entre los diversos enfoques, existe acuerdo en reconocer la importante función adaptativa que tienen las emociones, en tanto ellas actúan

como poderosos incentivadores y dinamizadores de la conducta, generando una activación psicobiológica que posibilita al individuo su óptima relación con el medio. Por otro lado, las emociones son determinantes en el nivel de bienestar / malestar de los individuos porque forman parte de los procesos interactivos que establece el sujeto con los demás, en el contexto de sus relaciones interpersonales.

Analizando las convergencias en las definiciones diversas, se plantea que la emoción como proceso tiene que ver con la respuesta que se origina como consecuencia de un estímulo o situación (que puede ser interno o externo), que posee capacidad para desencadenar dicho proceso (Frida, 1986, citado en Pérez & Redondo, 2002). Implica un cambio súbito en el organismo, a nivel de conciencia y otras fisiológico, motora, de sentimiento o experiencia subjetiva, motivacionales, cognitivos. La emoción es una respuesta a la valoración de la significación. (Palmero, Guerrero, Gómez & Carpi, 2005).

Palmero y cols (2005), distinguen entre "afecto", "humor" y "emoción". En relación con el afecto estos autores lo consideran como el más general de las tres categorías. Desde el punto de vista filogenético y ontogenético, es el más primitivo, tiene que ver con la preferencia; permite el conocimiento del valor que tienen para el sujeto las distintas situaciones a las que se enfrenta. Se podría decir que el afecto representa la esencia de la conducta, entendida ésta en la formulación más elemental de aproximarse a lo que gusta, gratifica o satisface, y de alejarse de aquello que proporciona las consecuencias opuestas.

En cambio, el humor o estado afectivo, es una forma específica del conjunto de los procesos afectivos; denota la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene el sujeto de experimentar el afecto positivo o el afecto negativo. Un humor concreto puede durar varios días, variando según lo haga la expectativa de futuro del sujeto. Relacionado con el afecto, tiene una duración más breve, pero relacionado con la emoción, suele ser más duradero.

Por su parte, y resumiendo los elementos anteriormente expuestos, la emoción también es una forma específica englobada en los procesos afectivos. Se corresponde con una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suele ser muy breve, muy

intensa y temporalmente asociada con un estímulo desencadenante actual, tanto externo como interno, esto es, hace referencia a una relación concreta del sujeto con su ambiente en el momento presente.

1.2.2 Principales modelos en el estudio de las emociones.

Las emociones han sido objeto de atención desde los propios inicios de la Psicología como ciencia (Molerio, 2004), aunque en ciertos periodos, sobre todo en la época conductista, su estudio fue desestimado (Muñoz de Morales, 2004). Muñoz de Morales (2004) refiere que en el último cuarto del siglo XX, con el llamado “segundo cognitivismo”, la emoción recuperó su lugar como objeto de estudio de la psicología en el seno del paradigma cognitivo. Es así que en las últimas décadas el siglo XX se produce un resurgimiento de la investigación sobre el desarrollo emocional y, con él, una reevaluación de la emoción, otorgándole valor a las emociones como organizadoras y motivadoras de la conducta.

El estudio de la emoción ha venido delimitado por el énfasis que se ha dado a unos u otros de los sistemas que intervienen en la respuesta emocional (Molerio, 2004; Pérez & Redondo, 2002). Molerio (2004) recoge una síntesis sobre las distintas corrientes teóricas que la han abordado, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera: teoría evolucionista, la perspectiva psicofisiológica, perspectiva neuropsicológica, perspectiva psicodinámica, perspectiva cognitiva y, más recientemente, se ha desarrollado la perspectiva psiconeuroinmunológica.

Pérez & Redondo (2002) señalan que dentro de estas corrientes antes mencionadas hay dos orientaciones que parecen ser más prometedoras: 1) la que se centra en el descubrimiento y localización de las estructuras neurobiológicas que participan en el control de los procesos emocionales, tanto en lo referente al procesamiento de la estimulación, como en lo que respecta a la preparación y ejecución de la propia respuesta emocional y 2) la que se centra en la relevancia de 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.

También estos autores plantean que se puede apreciar la existencia de una tendencia en los últimos años (en la Psicología y, específicamente, en el ámbito de la emoción), hacia la consideración conjunta de tres procesos -cognición, emoción y conación-. Además, explican cómo la orientación interaccionista en el estudio de las emociones se centra en la demostración teórica de la necesaria consideración interactiva -o integrada, como indica Lazarus (citado en Pérez & Redondo, 2002)- de los procesos cognitivos, emocionales y motivacionales para explicar la dinámica conductual del ser humano. Precisamente, las

aportaciones más recientes de Lazarus (Lazarus, 1999, citado en Pérez & Redondo, 2002), abogan a favor de la interacción entre Cognición, Emoción y Motivación.

Por lo que respecta a la orientación referida a la relevancia de la dimensión cognitivista en el estudio de los procesos emocionales, en líneas generales, se puede apreciar que los investigadores encuadrados en la misma enfatizan la importancia de la valoración cognitiva para la experiencia de la emoción.

De este modo, el estudio de la emoción entiende que la activación de una respuesta emocional está vinculada básicamente a los de procesos de valoración. Las distintas teorías de la valoración se van a centrar 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; Russell, 1980; Scherer, 2000; Mayne & Bonnano, 2001, citados en Molerio, 2004; Cano Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; Roseman, 1984; Scherer, 1984; Smith, 1989, citados en Pérez & Redondo, 2002).

Estas ideas se consideran importantes en la presente investigación, independientemente de la forma instrumental en que sean abordadas las emociones, porque, como plantean Pérez & 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 connotaciones de estimación acerca de 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

o evento que le afecta. Por lo tanto, debe tomarse en cuenta si realmente se pretende comprender el desarrollo y manifestación de las emociones.

Al realizar la distinción entre evaluación y valoración, siendo la primera considerada también esencial en el proceso emocional, se plantea que la evaluación hace referencia al reconocimiento, la ubicación en una determinada localización dimensional, la medición, de un estímulo o situación que afecta a un individuo. La valoración, en cambio, se refiere a lo que ese individuo estima o cree que será su interacción con ese estímulo o acontecimiento; esto

es, la valoración hace referencia a cómo cree un individuo que le afectará ese estímulo, atribuyéndole al mismo un determinado significado (Pérez & Redondo, 2002).

Según Pérez & Redondo (2002), las diversas cuestiones que las teorías de la valoración intentan explicar han permitido que se desarrollen distintos modelos, de los cuales han derivado lo que Roseman y Smith han identificado como siete asunciones básicas (Roseman y Smith, 2001, citados en Pérez & Redondo, 2002)

Estas asunciones son comunes a las distintas teorías de la valoración, ya sea de una forma explícita o asumida implícitamente, convirtiéndose así en sus características básicas y/o distintivas:

- Cada respuesta emocional es elicitada por un patrón distinto de valoración, de manera que incluso las mismas valoraciones pero combinadas de distinta manera participan en el desarrollo de distintas emociones.
- A las diferencias en valoración se suman diferencias individuales y temporales a la hora de definir respuestas emocionales. Así, diferentes individuos pueden valorar la misma situación de diferente forma y sentirán, por tanto, distintas emociones. También, el mismo individuo puede valorar la misma situación de distinta forma en momentos diferentes, y también sentirá en cada momento distintas emociones.
- Todas las situaciones a las que se le asigna el mismo patrón de valoración evocan inevitablemente la misma emoción. De ello se deriva también que todas las situaciones que evocan la misma emoción tienen un patrón de valoración común
- Los procesos de valoración siempre preceden y elicitan a la emoción, de manera que las valoraciones arrancan el proceso emocional iniciando los cambios fisiológicos, expresivos y conductuales que definen el estado emocional.
- Los procesos de valoración facilitan que las emociones se conviertan en respuestas apropiadas para las situaciones en las que ocurren, con capacidad adaptativa ante determinada situación. Así, funcionalmente, el control potencial debe ser una parte

fundamental de la valoración que compara las capacidades y recursos de afrontamiento de un individuo con las demandas de la situación, determinando la mejor opción de respuesta

- Los procesos de valoración pueden explicar también la existencia de respuestas emocionales inadaptativas, que vendrían determinadas por valoraciones inadecuadas. Esta idea, que algunos autores no comparten, es sin embargo asumida en la mayor parte de las teorías. Así, en las primeras propuestas teóricas sobre la valoración (Arnold, 1960, citado en Pérez & Redondo, 2002) se entendía que los procesos de valoración no tenían nada de deliberados y muchos de los autores que han venido detrás, asumen que en la valoración se puede dar un procesamiento superior, consciente y complejo, a la vez que, en otras ocasiones, el proceso será de nivel inferior, menos complejo y no consciente (Lazarus, 1991; Leventhal & Scherer, 1987; Smith, Griner, Kirby & Scott, 1996; Smith & Kirby, 2001, citados en Pérez & Redondo, 2002). El conflicto o desajuste entre el procesamiento automático y el deliberado daría como resultado emociones que serían poco razonables o irracionales.

También relacionado con lo anterior, Palmero y cols, (2005) plantean que una de las perspectivas más fructíferas para entender las funciones de las emociones consiste en abordar su implicación adaptativa, delimitando cuáles son sus repercusiones, tanto positivas como negativas, en el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona. Abordan lo referido a repercusiones positivas y negativas porque aunque defienden la funcionalidad de las emociones, esto es, la dimensión positiva de dichos procesos, no es menos cierto que en ocasiones se hace preciso ejercer alguna

suerte de control o regulación voluntarios, tanto en la experiencia, como en la expresión, ya que puede ocurrir un conflicto o incompatibilidad entre la necesidad o impulso biológico y la necesidad o exigencia social.

Pérez & Redondo (2002) enfatizan la consistente continuidad de las propuestas teóricas de Lazarus sobre la valoración, quien indica que en el proceso de valoración existen dos actos: una valoración primaria y una valoración secundaria que están interrelacionadas y que funcionan de forma dependiente. El acto primario de valoración se refiere a la relevancia que posee lo que está sucediendo en relación a los objetivos, las metas, los valores, los compromisos o las creencias que esa persona tiene, mientras que el acto secundario de

valoración es un proceso de evaluación que se centra en lo que la persona puede hacer ante esa situación relevante para mantener o conseguir el bienestar y una buena adaptación. Esta valoración secundaria es una evaluación de los recursos de afrontamiento de los que la persona dispone para manejar esa situación relevante para el propio bienestar.

Las propuestas de Lazarus (en sus aspectos más básicos), así como las propuestas de Arnold (citados en Pérez & Redondo, 2002), reflejan una aproximación clásica al estudio del proceso de valoración, en la que se asume que la persona dispone de una serie de criterios o de unas dimensiones fijas de evaluación a la hora de dar significado a los eventos. Según Scherer (Scherer, 1999, citado en Pérez & Redondo, 2002) estos criterios se pueden clasificar en cuatro tipos: 1) características intrínsecas de los eventos, como por ejemplo el grado de novedad; 2) el significado del evento para las necesidades o metas del individuo; 3) la habilidad del individuo para poder afrontar o manejar las consecuencias del evento, y que incluye evaluar la responsabilidad en la situación; y 4) la compatibilidad del evento con las normas sociales y los valores.

También Lazarus y Smith (Lazarus & Smith, 1990, citados en Pérez & Redondo, 2002), distinguen niveles de análisis en la valoración, uno con un carácter más molecular o específico y otro con un carácter más molar o general. De esta forma, describen la valoración de tipo molecular correspondiente a las dimensiones o componentes de valoración propuestos por todos los demás autores del campo, y un nivel de análisis molar que recogería el significado general que la configuración de los distintos componentes

moleculares de la valoración da a cada situación y es característico de cada emoción. Varios autores, de una u otra forma, conciben este significado general como *núcleo temático relacionado* (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Lazarus, 1990; Lazarus & Smith, 1990; Oatley & Johnson-Laird, 1987; Scherer, 1984; Stein & Levine, 1987, citados en Pérez & Redondo, 2002).

Como también plantea Molerio (2004), este nivel superior de análisis permite la identificación de los referidos *núcleos temáticos relacionados* con cada emoción, que tienen una fuerte base motivacional y revelan el significado prototípico que caracteriza a cada emoción. Por lo tanto, el significado del núcleo temático relacionado con cada emoción es identificado como característico en las situaciones en que aparece esa emoción. Este significado general

asociado a cada emoción permite también explicar determinadas respuestas emocionales que parecen instantáneas y que se dan ante condiciones altamente complejas de situaciones, lo que sería más difícil de explicar desde un análisis inferior (Lazarus, 2001, citado en Molerio, 2004). En la tabla # 1 se recogen algunos de los *núcleos temáticos relacionados* para algunas de las emociones sobre las que existe un mayor acuerdo.

Tabla # 1. Núcleos temáticos relacionados para cada emoción (Lazarus, 2001, citado en Molerio, 2004)

Ira	Ofensa contra uno mismo o lo suyo
Ansiedad	Incertidumbre, amenaza
Culpa	Habiendo transgredido una norma moral
Vergüenza	Mostrar un defecto de acuerdo a ideales propios
Tristeza	Pérdida irrevocable
Celos	Resentimiento ante la amenaza o pérdida de un afecto o favor de otro que cambie hacia un tercero
Asco	Notar o estar demasiado cerca de un objeto o idea desagradable.
Felicidad	Progreso razonable hacia la consecución de una meta
Orgullo	Alcanzar una de las <i>implicaciones del ego</i> siendo el responsable de ese logro

El significado relacional pone de relieve las diferencias individuales en la relación de la persona con el medio y enfatiza la necesidad de prestar mayor atención a las diferencias individuales para que se produzca el progreso en el campo de la Psicología del estrés y de la emoción. Este acercamiento que hace Lazarus, sin dudas resulta una aproximación importante al lugar de las emociones en la personalidad y puede ser de valor para el estudio de las emociones y su significación para el bienestar y la salud (Molerio, 2004).

Recientemente, dentro de esta perspectiva cognitiva también han cobrando valor categorías tan importantes como la autoorganización y la autorregulación emocional, dando lugar a la aparición de los Modelos de sistemas dinámicos no lineales (Mayne & Ramsey, 2001, citados en Molerio, 2004) y el Modelo secuencial de la autorregulación emocional (Bonanno, 2001, citado en Molerio, 2004).

1.2.3 Dimensiones fundamentales en el análisis del funcionamiento emocional.

El establecimiento de las dimensiones generales que permitan describir el espacio afectivo ha sido una preocupación constante para la Psicología de la Emoción (Moscoso, 1998; Ortiz, 1999). Para Moscoso (1998), la importancia del componente experiencial de las emociones ha venido ganando amplio reconocimiento. La calidad e intensidad de los sentimientos experimentados durante la estimulación emocional parecen ser las características más peculiares e importantes en toda emoción.

De esta forma, a continuación se expondrán determinadas dimensiones que se consideran importantes cuando se van a describir las emociones y sus repercusiones.

En relación con el constructo de *intensidad afectiva*, si bien los trabajos revisados se centran en esta categoría como un estilo personal de respuesta emocional, Ortiz (1999) refiere determinadas ideas de utilidad en el presente estudio.

Según dicho autor, un examen inicial de este campo muestra una multiplicidad de posturas en torno a la estructura dimensional del afecto. Sin embargo, las líneas fundamentales de investigación revisadas recientemente (Bradley, 1994; Diener, Smith & Fujita, 1995; Watson &

Tellegen, 1985, citados en Ortiz, 1999), señalan las dimensiones de valencia y arousal o *intensidad* como los parámetros fundamentales que caracterizan la experiencia emocional.

Se plantea que la cualidad emocional caracteriza la emoción como agradable o desagradable, positiva o negativa, mientras que la intensidad emocional representa el grado de activación (cognitiva, fisiológica y motora) que acarrea la reacción emocional, el grado de expresión de esta respuesta, así como la fuerza con que se experimenta subjetivamente.

Pese a los datos que avalan la solidez de estas dimensiones y su implicación directa en la organización conductual (Gilboa & Revelle, 1994, citados en Ortiz, 1999), la consideración del parámetro de cualidad afectiva como una dimensión bipolar (afecto positivo-negativo) o bien como dos dimensiones unipolares (positiva y negativa) es una cuestión que se debate todavía (Diener, Smith & Fujita, 1995, citados en Ortiz, 1999).

Larsen & Diener (citados en Ortiz, 1999) pretenden solucionar esta controversia proponiendo un modelo alternativo del afecto que plantea una estructura compuesta por dos dimensiones independientes entre sí: frecuencia e intensidad. La frecuencia se define como el promedio de tiempo durante el cual las personas experimentan predominantemente afecto positivo o negativo, mientras que la intensidad es entendida como el grado en que las emociones son experimentadas independientemente de la valencia de éstas.

Ortiz (1999) le concede relevancia a los aspectos cuantitativos en el análisis de la experiencia emocional: duración, intensidad y frecuencia, ya que refieren que la tradición investigadora en este terreno se centra fundamentalmente en la realización de distinciones cualitativas (diferenciación entre varios estados afectivos), prestando escasa atención a las dimensiones cuantitativas de la experiencia emocional.

Como se puede apreciar, este autor aborda elementos sobre el afecto que pueden ser útiles al estudio de las emociones, pero sin dejar de tomar en cuenta la diferencia entre emoción y afecto, expresadas anteriormente.

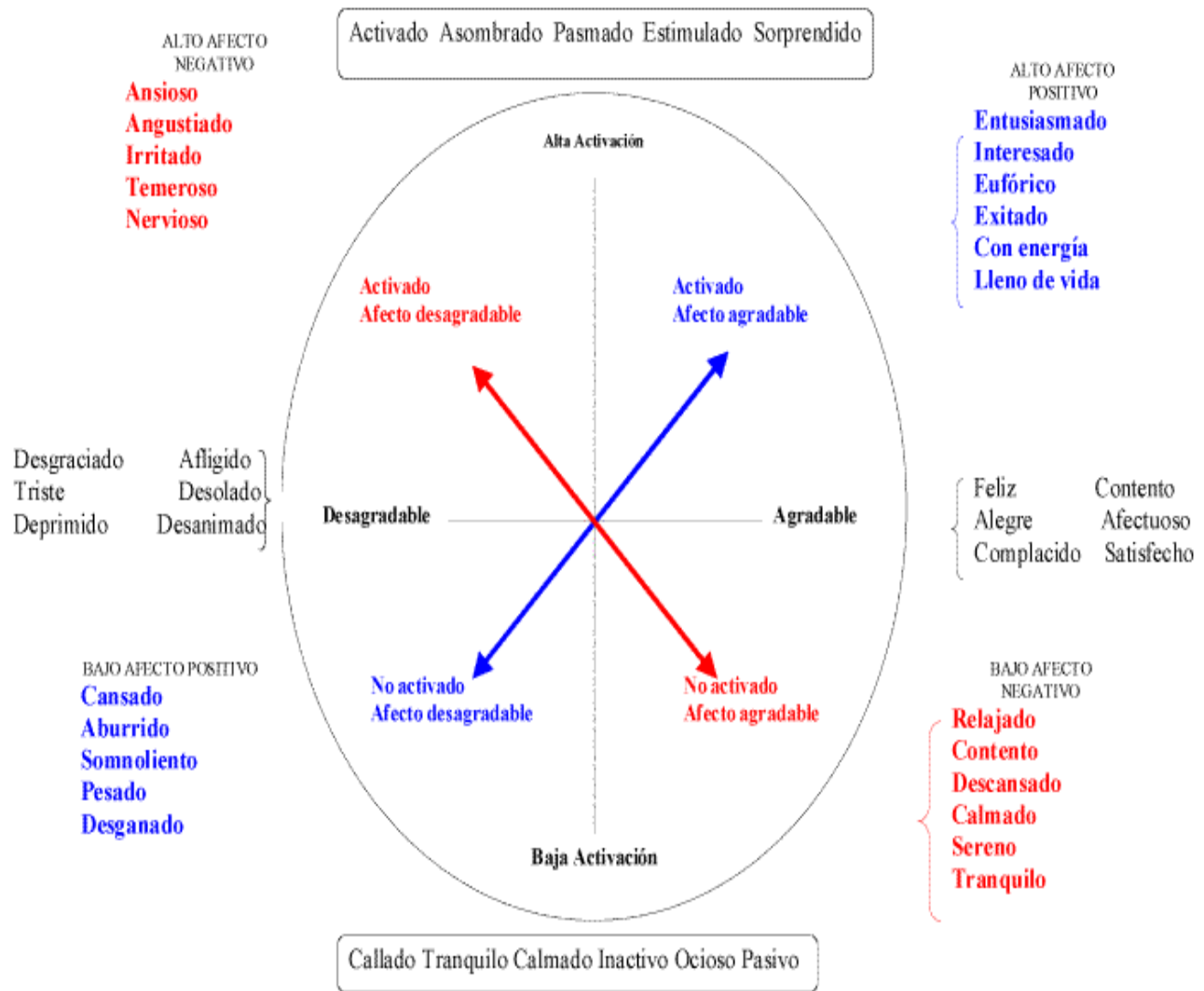
También relacionado con la intensidad y duración, se ha analizado la *expresión de las emociones*, siendo otra de las dimensiones de análisis seguidas en el estudio de las mismas. Almonte, Scpulveda, Avcdano & Valenzuela (1985), desde un punto de vista operacional, consideran que una emoción se expresa satisfactoriamente cuando corresponde en calidad, intensidad y duración a la situación que la originó y cuando se comunica en un contexto ambiental de confianza y aceptación, postergando su expresión cuando es necesario para la aceptación social. La expresión emocional es insatisfactoria cuando es muy intensa, prolongada o inadecuada a la situación que la produjo, o no se expresa. Se valora la expresión de una emoción como parcialmente satisfactoria, cuando coexisten expresiones adecuadas con otras insatisfactorias.

No cabe dudas de que en el ámbito de la Psicología de las emociones ha ocupado un lugar importante el estudio de las mismas desde dos polos contrarios: las emociones positivas y negativas. El término emociones negativas se refiere a las emociones que producen una

experiencia emocional desagradable (Molerio, 2004). Por su parte, las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable. Bisquerra (2002) señala que las emociones negativas se generan ante acontecimientos que son valorados como una dificultad para lograr los propios objetivos; mientras que, ante la percepción de acontecimientos que suponen un impulso hacia los objetivos personales, se experimentan emociones positivas.

Desde una perspectiva integradora se ha desarrollado el Modelo Circumplejo de las emociones (dentro de la orientación cognitivista anteriormente explicada), propuesto por Watson y Tellegen (citados por Molerio, 2004), que reconoce la existencia de un espacio dimensional de carácter afectivo, cuya estructura afectiva estaría conformada por dimensiones que tienen un carácter bipolar y que serían por una parte el placer- displacer y activación- desactivación. Estas dos dimensiones afectivas dan lugar a una estructura "circumpleja" que tiene su origen en este modelo, reflejándose a continuación el esquema que en este sentido propone Kercher (citado por García, 2002).

Figura 1. Adaptación del Modelo Bifactorial Circumplejo de la Emoción.



Fuente: Kercher, 1992, citado en García, 2002.

No obstante, como plantea Lazarus (citado en Molerio, 2004), se considera desafortunada la tendencia a dividir las emociones discretas en positivas o negativas, por no favorecer esta distinción la identificación del componente valorativo y significativo que esconde diferencialmente cada emoción. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta en este modelo las ideas anteriormente explicadas sobre los procesos de evaluación y valoración en las emociones, que contribuyen a comprender cuándo una emoción puede convertirse en

positiva o negativa, teniendo en cuenta al propio individuo, sus motivaciones y recursos para afrontar determinadas situaciones.

Debido a que las emociones que más se han asociado con la hipertensión arterial son las de tipo negativa, se considera oportuno hacer énfasis en las mismas en el presente estudio, desde un enfoque de riesgo. Las emociones negativas más frecuentemente abordadas en la literatura son: ansiedad, ira, tristeza, miedo y vergüenza.

La vergüenza se caracteriza por una elevada incomodidad ante un comportamiento que exigen las normas. Ella se expresa como un comportamiento de arrepentimiento (E. O. E. P. No 1, 2005).

Por su parte, la tristeza ha sido comúnmente asociada con la melancolía y la depresión (Molerio, 2004). Consiste en un sentimiento de pena, desilusión, de falta de interés por las cosas que nos rodean (E. O. E. P. No 1, 2005). Esta emoción predispone al ensimismamiento y el duelo, se asocia a la disminución de la energía y el entusiasmo por las actividades vitales, así como el enlentecimiento del metabolismo corporal (Olguín, 2006).

Molerio (2004) plantea, en relación con la ira, que habitualmente se considera un concepto más básico que la hostilidad y la agresión. En un intento de reunificación de las distintas líneas explicativas, Miguel Tobal (citado por 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. Desde el punto de vista de su significado, la emoción de ira aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones es la respuesta de lucha o ataque (Miguel-Tobal & González, 2003, citados en Molerio, 2004). La ira como un estado emocional, se caracteriza por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable (Spielberger, 1983, citado en Moscoso, 1998).

Otra las emociones negativas de alta frecuencia es el miedo que, según Bisquerra (2002), se activa por la percepción de daño o peligro. Consiste en una reacción ante situaciones amenazadoras o que causan inseguridad, en las que el sujeto pierde el control sobre lo que puede ocurrir. La naturaleza del daño o peligro percibido puede ser física o psicológica. Por lo

tanto, se plantea que el miedo es una advertencia emocional de que se aproxima un daño físico o psicológico, teniendo generalmente un valor adaptativo. Lo que sucede es que cuando esta movilización de los recursos energéticos se origina ante causas más subjetivas o difusas, y de forma más persistente, también ante las más variadas actividades que suponen un reto, la emoción resultante la podemos denominar ansiedad (Olguín, 2006).

Por lo tanto, la ansiedad es un sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo vago de origen desconocido (Alejos, Aráoz, & Castañeda, 2003). Por su parte, Echeburúa (citado en Alejos y cols, 2003) define la ansiedad como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza, mientras que Giglio (citado en Alejos y cols, 2003) refiere que la ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Molerio (2004) plantea que la ansiedad es una de las emociones más comunes que aparece cuando el individuo percibe o interpreta un estímulo o situación como peligroso o amenazante, independientemente de la amenaza real, facilitando la respuesta individual y preparándole para una acción defensiva o evitativa. Se plantea que el componente cognitivo de la ansiedad es la preocupación y su componente conductual: evitación y lucha.

La ansiedad se ha analizado o presenta dos formas de medida: la ansiedad estado, que se define como una reacción emocional que tiene lugar cuando el individuo percibe una situación o estímulo como amenazante; por otro lado, la ansiedad rasgo, entendida como la tendencia individual, relativamente estable, a las interpretaciones de peligro o amenaza y a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Un estado de ansiedad consiste en sentimientos de nerviosismo, preocupación, tensión, aprensión; así mismo, incluye excitación del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o pánico. Es natural sentirnos

ansiosos o coléricos de vez en cuando. Sin embargo, existen diferencias significativas entre individuos en cuanto a la frecuencia e intensidad de sentir estas emociones (Spielberger y Moscoso, 1995, citados en Moscoso, 1998). La incitación de un estado de ansiedad puede ser iniciado tanto por estímulos internos o externos (Reheiser, 1991, citado en Moscoso, 1998). Cualquier estímulo evaluado cognitivamente como amenaza va a evocar una reacción

de estado de ansiedad; la intensidad y duración de esta reacción va a llegar ser directamente proporcional a la magnitud de la amenaza que el estresor presenta en esa situación particular para el individuo y la persistencia del estímulo evocado (Moscoso, 1998).

De manera general, se comprende la importancia que tienen las emociones en el desarrollo de las personas, cómo se integran a otros procesos para intervenir en la regulación del comportamiento, desde una perspectiva funcional. En este sentido, es fundamental que se logren alcanzar niveles de satisfacción y desarrollo personal. Sobre todo cuando los problemas son de índoles emocional, la mayoría de los autores que han estudiado este tema (generalmente en el marco de la inteligencia emocional o como el propio proceso de autorregulación emocional), coinciden en plantear que se deben poner en práctica una serie de habilidades emocionales, en aras de solucionar problemas y adaptarse a las circunstancias (Clemente & Adrián, 2004; Fernández-Berrocal & Extremera, 2002; Olguín, 2006).

Se plantea que es importante para el individuo mantener una relación armónica entre las emociones negativas como la ira, la ansiedad, los celos, el odio, la arrogancia, la pena, etc, facilitando el paso a las emociones positivas, como altruismo, alegría, generosidad, humildad, tolerancia, etc. También, es vital saber identificar bien el origen y la naturaleza de las emociones en nosotros mismos (autoconciencia emocional) para poder controlarlas de manera reflexiva, estableciendo relaciones adecuadas entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento, como una forma de orientar la vida personal. De esta forma, se puede crear voluntariamente un estado de ánimo o sentimiento a partir del conocimiento que tenemos sobre la situación (Clemente & Adrián, 2004).

Para ello, es importante aprender a atribuir significados emocionalmente deseables a los acontecimientos que tienen lugar en las relaciones que establecemos con los demás. De este modo, conociendo qué pensamientos y sentimientos provocan nuestros estados de ánimo, podremos manejarlos mejor para solucionar los problemas que aquellos generan (Vallés Arandiga, 1999, citado en Clemente & Adrián, 2004).

1.2.4 Particularidades de la esfera emocional en los últimos años de la edad escolar.

El escolar de 10 a 12 años de edad, a pesar de encontrarse enmarcado en la etapa escolar como periodo del desarrollo (de 5-6 a 11-12 años aproximadamente), se encuentra en la etapa que muchos actualmente denominan “primera adolescencia” (de 10 a 13-14 años) (U.S. Department of Education, 1999, 2005).

La etapa escolar se caracteriza por el paso del niño hacia el aprendizaje escolar, lo cual cambia radicalmente la forma de vida del menor, como plantea Bozhovich (1976). El ingreso en la escuela significa una nueva posición del niño en la sociedad, que se expresa en la transformación de sus relaciones con las personas que le rodean. La actividad de estudio prácticamente se convierte en el centro de su vida; por lo tanto, los problemas relacionados con su disciplina escolar y rendimiento académico, se convierten en problemas que afectan toda su personalidad en formación.

De esta manera, la escuela le impone al niño o adolescente nuevos deberes y derechos, que modifican notablemente la relación con sus padres o su familia en general. Ahora existe un sistema totalmente nuevo de exigencias y responsabilidades planteadas al menor, que son importantes para él, su familia y la sociedad en general (Bozhovich, 1976; Segarte, Martínez & Rodríguez, 2003).

En la escuela, la figura del maestro se convierte en fundamental mediador de las interacciones y actividades que realiza el escolar, quien va a guiar el proceso de

enseñanza-aprendizaje. Constituye un nuevo modelo de conducta para el niño o adolescente, ocupando gran parte de su atención. A través de su actitud hacia el menor, el maestro colabora o no en el desarrollo de su autoestima, siendo determinante para su autoconcepto en diversas situaciones (Segarte y cols, 2003).

Por otro lado, la relación con los iguales aumenta y aparece el grupo escolar como un espacio también mediador del desarrollo de la personalidad del niño o adolescente. Precisamente el maestro juega un papel fundamental en el grupo escolar, sobre todo a inicios de la etapa, en cuanto a la determinación del estatus sociométrico de cada uno de los escolares en el aula. Este grupo tiene una mayor persistencia en el tiempo, por lo que las interacciones que se producen en él pueden ser favorecedoras de la socialización de sus miembros y de su desarrollo psicológico general.

Muy relacionado con lo anterior, aumentan y se desarrollan en mayor medida las relaciones de amistad durante el periodo escolar, caracterizándose por ser generalmente del mismo sexo y edad (Palacios, Marchesi & Coll, 2002).

El grupo de iguales en los escolares comienza a tener una centralidad cada vez mayor para el niño o adolescente, ya que es en la interacción con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su autoconcepto y de su autoestima. Las opiniones de sus compañeros acerca de sí mismo, por primera vez en la vida van a tener un peso significativo en su imagen personal (Palacios, Marchesi & Coll, 2002).

En este sentido, lo más importante a estas edades, según autores como Palacios y cols (2002), es lo relacionado con el estatus sociométrico, es decir, con la posición que cada miembro tiene respecto a los demás y que define las redes de afinidad entre ellos. Este estatus depende en este periodo de destrezas o habilidades físicas, del rendimiento académico, entre otros factores.

La familia, como institución social y portadora de determinadas funciones desde su carácter como sostén biológico, afectivo y económico del sujeto, continúa ejerciendo una notable

influencia sobre el escolar, principalmente a partir de sus patrones educativos, los cuales continúan siendo válidos durante la etapa (Segarte y cols, 2003). Esta influencia es notable, a pesar de que la escolarización obligatoria supone una ampliación considerable de los contextos de socialización externos al hogar, los cuales van cobrando una importancia creciente. Por lo tanto, la relación con los padres continúa siendo la base para enfrentar los desafíos de una socialización cada vez más creciente.

Precisamente, desde un funcionamiento familiar adecuado, teniendo en cuenta indicadores como la comunicación, los estilos educativos, la realización de las tareas domésticas, entre otros, se pueden fomentar una serie de características y procesos psicológicos en el adolescente que son necesarias para su éxito en otros contextos de desarrollo (Arés, 1998; Guerra, 2001).

A partir de los elementos anteriormente explicados, se comprende la necesidad de valorar determinados aspectos relacionados con el contexto que rodea al escolar, que pueden asociarse al bienestar emocional en esta etapa, desde diferentes perspectivas de análisis (Pérez, 2006):

- Generando estados emocionales en el adolescente.
- Propiciando el desarrollo de características de personalidad en formación que pueden afectar el ajuste y bienestar emocional del adolescente.
- Modulando la respuesta psicológica que el adolescente ofrece ante las demandas de su situación social de desarrollo.

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

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

niño o como a un adulto. Específicamente, la adolescencia temprana (10 a 13 años de edad) está marcada especialmente por los cambios biológicos que tienen lugar en la misma.

En este sentido, en la adolescencia ocurre una importante crisis de la identidad personal. Precisamente, en la búsqueda de su definición personal y social, el adolescente“(...) moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida (...), generando determinados estados afectivos y vulnerabilidades específicas” (Bloss, 1981; Ausubel, 1954; Erikson, 1974, citados en Krauskoph, 1995, p.p. 7).

Desde el punto de vista emocional, los grandes cambios que se producen en la etapa escolar condicionan la trayectoria del desarrollo en este sentido. El ingreso al sistema escolar supone un nuevo contexto, con unos parámetros diferentes: la evaluación que realiza el profesor de las acciones del niño o adolescente y los compañeros, la comparación social, entre otros. Así, aparecen nuevos conflictos, cuyo afrontamiento requiere de nuevas habilidades sociales y emocionales. Finalmente, la llegada a la adolescencia demanda de la consolidación de la personalidad ante los iguales y la inserción en el mundo de los adultos. En este periodo se generarán nuevas tensiones que pondrán a prueba las competencias emocionales adquiridas en las etapas previas (Abarca, 2003).

Precisamente en la etapa escolar, sobre la base de los progresos cognitivos que se producen sobresaliendo la mayor abstracción que alcanza el pensamiento, también se logra mayor abstracción en el conocimiento de sí mismo por parte del menor. El autoconocimiento se torna cada vez más complejo, objetivo, más coherente y estable y con una mayor irrupción de los elementos psicológicos o internos como núcleos centrales del autoconcepto (Palacios y cols, 2002).

La autoestima en la etapa escolar se vuelve más diversificada, es decir, aparecen nuevas dimensiones en la autoestima del niño o adolescente, relacionadas con el aspecto físico, la competencia o destrezas físicas, la competencia académica y la competencia social. Se plantea que las prácticas educativas familiares, el maestro y los coetáneos, se convierten en fuentes claras de influencia en la autoestima y de autovaloración en general. Los juicios que se emiten por parte de las personas significativas para el escolar, sobre su conducta y

actividad, son muchas veces determinantes en el desarrollo de su autoestima (Palacios y cols, 2003; Segarte y cols, 2003).

Sobre la base de estos elementos, se comprende cómo se modifica la vida emocional del escolar, si tomamos en cuenta el desarrollo de su autoconocimiento y cómo influyen los éxitos y fracasos en su vida emocional, sobre la base de la conciencia cada vez mayor que se tiene acerca de ellos.

En relación con la comprensión emocional del escolar, la capacidad para comprender que se pueden experimentar emociones opuestas entre sí ante una misma situación, es otro de los grandes logros evolutivos que se relacionan con un mayor desarrollo cognitivo. (Abarca, 2003; Ortiz, 2001; Palacios y cols, 2002; Segarte y cols, 2003).

En este sentido, se señala que no es hasta los 10 años aproximadamente que se aprecia la capacidad de los niños para considerar factores individuales como la personalidad y la experiencia previa en la relación con la comprensión de las emociones que experimentan. (Gnepp, 1989, citado en Abarca, 2003).

Sobre esta base, la comprensión del complejo proceso de regulación interna se empieza a desarrollar cuando los niños descubren las causas que regulan la experiencia emocional y comienzan a utilizarlas para cambiar el estado emocional. Desde los siete años, los niños toman conciencia de que la emoción positiva o negativa pierde intensidad a lo largo del tiempo, porque dejamos de pensar paulatinamente en el acontecimiento que causó la emoción y que estas emociones cambian o varían en intensidad, según los acontecimientos que van ocurriendo posteriormente, o sea, que la emoción disminuye si la experiencia

emocional posterior es en sentido contrario (Harris, 1989; Ortiz, 2001, citados en Abarca, 2003).

Según Ortiz (citado en Abarca, 2003), con respecto a la expresión emocional las reglas de expresión emocional culturalmente adquiridas, imponen patrones de intensificación, inhibición o enmascaramiento de las expresiones emocionales, dependiendo de las situaciones o roles sociales. En este periodo la interacción con los iguales adquiere gran

relevancia, debido a que esta interacción exige de la inhibición o retraso de la acción (autocontrol de impulsos) y la regulación del afecto positivo y negativo.

Por lo tanto, en los años escolares se produce un mayor avance con respecto a años anteriores en relación con la regulación emocional (Abarca, 2003; Clemente & Adrián, 2004; Palacios y cols, 2002).

A medida que los niños crecen mejoran sus habilidades de afrontamiento en situaciones estresantes percibiéndose capaces de utilizar estrategias dirigidas cognitivamente. Los tipos de estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizadas por los niños y los adolescentes en situaciones sociales en las que tienen cierto control son: estrategias de resolución de problemas, búsqueda de apoyo (ayuda y consuelo), estrategias de distanciamiento, estrategias internalizantes (autoculparse, ansiedad, conductas de preocupación) y estrategias externalizantes (culpar a los otros, conductas agresivas, entre otras) (Abarca, 2003).

El conocimiento y la manipulación de estados mentales son difíciles para los escolares menores, tienen dificultades para utilizar la distracción u otras formas de afrontamiento orientadas a modificar su estado interno, estrategias que no se empezarán a utilizar hasta los ocho años de edad.

Según Abarca (2003), otra estrategia cognitiva de regulación emocional más compleja que comienza a desarrollarse a finales de este período es la reinterpretación de la situación y la redefinición de objetivos. Los adultos ayudan a los niños a reinterpretar las situaciones que

generan emociones negativas, orientándoles hacia otras formas de ver la situación, pero son estrategias que se desarrollan predominantemente en la próxima etapa evolutiva.

El conocimiento y utilización de estrategias internas refleja un avance cognitivo general y, consiguientemente, una mejor comprensión de las experiencias emocionales propias y ajenas que permiten interpretar los acontecimientos socioemocionales. A medida que se aumenta en edad se amplía el conocimiento sobre la duración de los estados emocionales, la habilidad para verbalizar y discriminar el estado emocional en sí mismo y en los demás, la

capacidad para describir las emociones presentes en las diferentes experiencias y el conocimiento de los roles culturales sobre la expresión emocional. Así mismo, se incrementan las estrategias cognitivas a lo largo del desarrollo, en tanto que las conductuales permanecen más o menos estables. La utilización de estrategias en solitario, la capacidad para distinguir entre estresores controlables e incontrolables, y la habilidad para escoger la estrategia más efectiva en función del estresor, se gestionará con mayor eficacia hacia la mitad de la adolescencia (Abarca, 2003).

Según Ortiz (citado en Abarca, 2003), la selección de la estimulación del contexto es una de las estrategias que se despliega en este periodo. En los primeros años son los padres los que modulan las emociones del niño, controlando su exposición a situaciones que les generen emociones negativas o excesivamente intensas. En la escuela, el niño o adolescente aprende a utilizar esta estrategia seleccionando sus compañeros de juego, el tipo de juegos o rehuendo aquellas situaciones que les generan emociones negativas.

Algunos autores sitúan entre los 8 y 12 años la edad en que los niños intentan regular conscientemente las emociones negativas ante situaciones no controlables. En un estudio realizado por Muir Ryan (Muir Ryan, 1989, citado en Abarca, 2003) sobre el empleo de estrategias de afrontamiento en esta etapa se obtuvo que las estrategias más empleadas eran: la distracción cognitiva, el apoyo social, la reestructuración cognitiva y la expresión de la emoción. Sin embargo, cuando se les interrogó sobre la eficacia de estas estrategias, la

mayoría de estos niños señalaban el apoyo social y la reestructuración cognitiva como las más eficaces, y dentro de las menos eficaces indicaron la agresión y dar rienda suelta a la emoción.

1.2.5 Papel de los contextos desarrolladores y agentes de socialización en el desarrollo emocional de los adolescentes.

Todos los autores coinciden en el gran impacto que tienen las relaciones familiares en el desarrollo emocional y social. La profundidad de este impacto no sólo se relaciona con el

hecho de que la familia sea el primer agente de socialización, sino por los vínculos emocionales profundos que se establecen con los padres u otros familiares y la influencia de éstos en la vida de las personas. En este contexto, el niño empieza a comprender las emociones, a modular su expresión emocional, a internalizar estrategias de autorregulación y a vivenciar los primeros vínculos afectivos que le servirán de referencia en sus relaciones afectivas futuras (Abarca, 2003).

Las prácticas educativas dirigidas a modular las emociones específicas también se relacionan con expresiones emocionales apropiadas del niño y con una adecuada competencia social y emocional. La forma en que los padres modulan las reacciones emocionales del niño, la forma en que se responde a las emociones del niño, el castigo que se emplea a veces por la manifestación de emociones negativas, las madres que desalientan la expresión emocional del niño, todo esto influye en la expresión emocional del niño generando déficit en la comprensión de las emociones ajenas, disminuyendo su competencia social y repercutiendo en una baja aceptación por parte de los iguales (Abarca, 2003).

Las familias conflictivas en las que permanentemente sus miembros expresan emociones negativas, dificultan el desarrollo de las capacidades para regular las propias emociones y las de los demás, así como la empatía.

Por su parte la escuela constituye el segundo espacio de socialización y por ello un espacio de socialización emocional en el que la interacción entre iguales le da una especial

relevancia. Si se toma en cuenta que un papel importante en el desarrollo emocional lo tienen las experiencias emocionales que transcurren desde el nacimiento hasta la pubertad, se comprende cómo en este periodo el entorno escolar ejerce una especial influencia, ya que contiene muchos de los referentes que el niño o adolescente utiliza para perfilar su autoconcepto, las interacciones con los demás, su comprensión del mundo. En la escuela existen muchas situaciones evaluadoras en las que el menor se evalúa y se le evalúan sus competencias y rendimientos (Abarca, 2003).

De igual manera, las relaciones con los iguales también cobran especial relevancia en el desarrollo emocional del adolescente. Las relaciones bien ajustadas con los coetáneos

satisface una de las necesidades emocionales básicas de la especie humana, la de sentirse aceptado, integrado entre los compañeros y vinculado afectivamente con los iguales a través de las relaciones de amistad (Fuentes, 2001, citado en Abarca, 2003). En la medida que avanzan en edad, los niños como agentes socializadores son más influyentes que los padres, puesto que pasan mayor tiempo entre ellos y son relaciones al mismo nivel (intelectual, social, comunicativo, etc.), horizontales (Palacios y cols, 2002), en las que se debe aprender a compartir, negociar, defender las propias posturas y las compartidas, y en las que puede compararse.

Por otro lado, la aceptación de los iguales depende de si el niño es capaz de ganarse el pertenecer y ser aceptado por el grupo, mientras que en la familia son aceptados incondicionalmente. La amistad puede potenciar el desarrollo social y emocional, pero los conflictos en el curso de estas relaciones tendrán para el niño tanto efectos negativos como positivos. En estas situaciones, los otros agentes de socialización –padres y educadores– tendrán un papel relevante para mediatizar y acompañar estos procesos de forma que no incidan negativamente en la personalidad del niño (Abarca, 2003)

La aceptación social, tener amigos y amistad de calidad son muy importantes para el bienestar emocional de los niños. Los sentimientos de indefensión que se producen como consecuencia del rechazo y de no tener amigos, generan una baja autoestima, ansiedad social y depresión, y un mal ajuste escolar. Por lo tanto, la falta de amigos o el niño o adolescente rechazado tendrá graves repercusiones sobre el desarrollo emocional. Es en

el transcurso de las relaciones con los iguales que los niños o adolescentes empiezan a incorporar la evaluación de los demás a su autoconcepto y la evaluación de este a la autoestima. Ello conlleva una mayor preocupación por la evaluación que hacen los otros con respecto a su conducta buscando su aprobación. Por eso la aceptación en el grupo de compañeros en este período es fundamental para el menor (Scout, 1999).

Según Asher & Rose (citados en Scout, 1999), son tres los indicadores que evidencian el ajuste del niño con sus iguales: 1) aceptación por parte de sus compañeros, 2) tener un “mejor amigo” y 3) la capacidad del “mejor amigo” para dar apoyo afectivo. A partir de estos indicadores se puede analizar la relación de amistad.

De forma general, se resalta la importancia de las relaciones interpersonales íntimas en el bienestar infantil (Scout, 1999). Específicamente en la etapa escolar las relaciones con sus padres u otros familiares, con su maestro, con sus iguales, resultan vitales para la vida emocional del menor.

Tomando en cuenta las ideas de Guerra, (2001), quien parte de los postulados de L. S. Vigotsky y sus seguidores acerca de las vivencias en el escolar, resulta importante considerar determinados aspectos para comprender las emociones en dicho escolar. En primer lugar, hay que considerar en qué medida se satisfacen las necesidades, intereses y aspiraciones del niño o adolescente o, por el contrario, cómo son privadas de satisfacción.

El contenido de la vivencia determina su carga emocional, donde no sólo se debe atender a la intensidad, duración, ambigüedad, incertidumbre y novedad de la situación que le dio origen (Toledo, Barreto & Ferrero, 1998, citados en Guerra, 2001), sino también al sentido que ésta tiene para el adolescente, si se tiene en cuenta que éste construye su realidad a partir de la lógica, de cómo deben ser las cosas y no de cómo realmente son; debe tenerse en cuenta el lugar que ocupa el niño o adolescente en el sistema de relaciones vitalmente importantes para él.

Sobre la base de los elementos anteriormente explicados en relación con las emociones en el escolar, desde la perspectiva de su situación social de desarrollo, se comprende la

influencia que pueden tener determinadas emociones cuando este escolar presenta HTAe o un alto riesgo de padecerla, tomando en consideración la relación que pueden presentar dichas emociones con la enfermedad.

Epígrafe 3. Emociones y salud.

1.3.1 Papel de las emociones en el proceso de salud enfermedad.

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

El estudio del papel que juega la emoción en los procesos de salud y enfermedad es imprescindible en nuestro tiempo, por lo importante que resulta la adaptación continuada a las múltiples demandas y exigencias que impone una sociedad cada día más competitiva.

En epígrafes anteriores se ha reconocido el valor adaptativo que tienen las emociones. Sin embargo, en los últimos años, se ha descubierto que las emociones pueden ser también perjudiciales para la salud, influyendo en la aparición de ciertas enfermedades. Se empieza a aceptar que disturbios psicológicos leves o intensos pueden causar enfermedades en el cuerpo propiamente (Cano Vindel & Tobal, 2001).

Al respecto, Molerio (2004) refiere que 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 negativas y las emociones positivas.

Según la propia autora, hoy en día existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla (Fernández - Abascal & Palmero, 1999; Grau, Martín, Portero, 1993; Grau & Martín, 1993; Spielberger & Moscoso, 1996, citados en Molerio, 2004).

No obstante, las "*emociones negativas*" no tienen por qué tener un impacto negativo para la salud si su ocurrencia es homeostática y parsimoniosa, pero devienen peligrosas para la salud física, mental y social de una persona cuando su ocurrencia es excesiva en frecuencia, intensidad o duración (Molerio, 2004; Palmero y cols, 2005).

Por lo tanto, se considera importante valorar con qué frecuencia, duración e intensidad se presentan reacciones emocionales, principalmente de carácter negativo, ya que cuando éstas se presentan en niveles altos con relación a los indicadores mencionados, dan lugar a limitaciones e interferencias en diferentes facetas de la vida del individuo y reducen su adaptabilidad al medio (Molerio 2004). De esta forma, se pueden producir consecuencias negativas, tanto a nivel biológico (por la activación fisiológica que ocurre, también intensa), como psicológico (por la desorganización de la respuesta emocional, que propicia el

surgimiento y desarrollo de determinadas patologías psíquicas), en estrecha relación unas con las otras.

Por supuesto, este vínculo entre las emociones y la salud va mucho más allá de que ciertas emociones, las negativas, hagan más vulnerables a las personas a contraer una enfermedad, o que otras emociones, las positivas, favorezcan la recuperación de una dolencia (Cano Vindel & Tobal, 2001).

Es necesario comprender por qué si muchos plantean que las emociones son procesos adaptativos, cómo intervienen entonces en unos casos y determinan en otros, mecanismos que favorecen la enfermedad.

Una de las claves a la hora de entender la repercusión de las emociones en la salud es la conceptualización del proceso emocional, teniendo en cuenta las ideas expuestas con anterioridad, sobre todos aquellos elementos que median o actúan como filtros entre el estímulo y la emoción (Fernández-Abascal & Palmero, 1999, citados en Molerio, 2004). Entre estos elementos, se analizó cómo la evaluación valorativa juega un papel fundamental, modulando la activación emocional en sus componentes de experiencia subjetiva o sentimiento, expresión corporal, tendencia a la acción y respuestas fisiológicas, siendo responsable del reajuste de las emociones a las demandas del entorno; pero, también puede ser responsable de que las emociones pierdan su valor adaptativo y sean entonces perjudiciales para la salud. Al abordar la relación de las emociones con la salud, indudablemente los mecanismos de autorregulación y estrategias de afrontamiento también juegan un papel fundamental.

De forma general, entre las emociones más estudiadas en su relación con el proceso de salud enfermedad se encuentran; ansiedad, depresión, ira, alegría, optimismo. (Cano Vindel & Tobal, 2001; Goleman, 1998).

Se ha demostrado el importante papel que juegan los factores psicológicos en el origen y curso de las enfermedades, fundamentalmente las crónicas. Precisamente, la interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos ha sido abordada a través del término “trastornos psicosomáticos” para algunos, mientras que otros prefieren referirse a los mismos

como “trastornos psicofisiológicos”. Ambos han pasado a ser entendidos no como un grupo diferente de enfermedades, sino como aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos, lo cual se evidencia en los sistemas de clasificación vigentes, tal y como plantean Cano Vindel & Tobal (2001). La propia Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) afirma que más del 90% de las enfermedades tienen un origen Psicosomático (Molerio, 2004).

1.3.2 Emociones e Hipertensión arterial esencial.

Uno de los trastornos en cuya génesis y evolución se ha demostrado que juegan un papel fundamental las emociones negativas es precisamente la Hipertensión Arterial Esencial, cuyas causas y algunos factores de riesgo asociados a la misma fueron abordados al inicio del presente capítulo, con lo cual se comprende cómo muchos de estos factores son considerados no modificables, pues dependen de variables biológicas y genéticas, difícilmente modificables al menos hasta el momento actual; mientras que otros, por el contrario, tienen de base comportamientos que son generalmente considerados como modificables.

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

Por lo tanto, siendo la hipertensión una enfermedad donde los factores psicológicos juegan un papel fundamental, es importante estudiar las variables psicosociales, al menos, desde las tres perspectivas que plantea Colunga (2005), al referirse a las enfermedades crónicas:

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

En relación con lo anterior, los progresos investigativos en el estudio del papel de las emociones en la salud han condicionado que numerosos investigadores se hayan proyectado a la evaluación del funcionamiento emocional del paciente hipertenso, centrándose en las tres emociones negativas más estudiadas: la ansiedad, la depresión y la ira (Molerio, 2004).

Por su parte, Fernández-Berrocal & Extremera (2002), al referirse a los estudios que han puesto en evidencia de manera claramente convincente, cuáles son los factores psicosociales que contribuyen significativamente en la patogénesis y expresión de los trastornos cardiovasculares, señalan que estos factores se expresan principalmente en cinco campos: 1) depresión 2) ansiedad elevada 3) personalidad patológica o rasgos disfuncionales de personalidad 4) aislamiento social y 5) estrés crónico.

Es importante destacar que la mayoría de los estudios relacionados con las emociones y la HTA se han realizado generalmente en adultos hipertensos. De forma general, se ha encontrado que la presencia de ansiedad, depresión e ira pueden incrementar el riesgo de padecer HTA y/o empeoran el curso y pronóstico de la misma (Miguel Tobal y cols, 1994;

Miguel Tobal y Casado, 1994; Casado, 1994, Grau, 1982; Miguel Tobal y González, 2003; Pagotto, Fallo y Fava, 1992, citados en Molerio, 2004).

Otras investigaciones realizadas en relación con el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) señalan que la ira y la hostilidad comenzaron a perfilarse como uno de los componentes de dicho patrón con mayor capacidad para predecir el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

Al respecto, Shumaker y Czajkowski (citados en Molerio, 2004) consideran que la ira aparece como el componente más estable del PCTA, mientras que Krantz, Contrada, Hill & Friedler (citados en Molerio, 2004) valoran que es la variable psicológica que muestra mayor relación con la hipertensión y los trastornos cardiovasculares.

Los estudios centrados en evaluar la relación entre la ira y la hipertensión esencial, sugieren que los sujetos hipertensos se caracterizan por presentar mayores niveles de ira en general y

en lo que, especialmente algunos autores, han denominado inhibición de la ira, ira interna o dificultad de expresar ira (Baer y cols, 1979; Harburg y cols, 1979; Dimsdale y cols, 1986; Goldstein, Med, Elderberg, Meiser y Davis, 1988; Suárez y Willians, 1990, citados en Molerio, 2004); mientras que los resultados de Miguel-Tobal y cols. (citados en Molerio, 2004) les permitieron señalar que lo fundamental no es tanto la experiencia de ira, como la forma en que habitualmente expresa la ira una vez que la experimenta.

Recientemente, se ha propuesto un nuevo tipo de personalidad relacionada con el riesgo de contraer trastornos cardiovasculares. Johan Denollet (citado en Sánchez, R. O. 2002) y su grupo de investigadores (Universidad de Amberes, Bélgica) han sugerido que la personalidad «Tipo D» (de distress) puede ser una influencia importante en el desarrollo de la patología cardiovascular. A partir de estudios anteriores que relacionaban la enfermedad cardiovascular con el malestar psicológico y con la falta de apoyo social, estos investigadores han suministrado evidencia empírica respecto de cómo la conjunción de ambos factores incrementa el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos. La personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social. Por afectividad negativa se entiende la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo.

A pesar de los resultados en ocasiones contradictorios, se evidencia y reafirma por parte de la mayoría de los investigadores en el tema, la presencia de dificultades en el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos.

Aún cuando cada vez más se reconoce la determinación multicausal de la enfermedad hipertensiva y la importancia de su diagnóstico y tratamiento desde etapas tempranas, resulta muy limitado el volumen de investigaciones al respecto. Particularmente, se han desarrollado muy pocos estudios que consideren el papel de los factores psicosociales en la HTA pediátrica tanto a nivel nacional como internacional.

No obstante, en nuestro contexto se destaca la investigación realizada por Pérez (2002), quien trabajó con una muestra representativa de 644 estudiantes, en las edades

comprendidas entre 12 y 15 años, en Santa Clara, Villa Clara. En dicho estudio se resalta el papel del estrés como factor de riesgo cardiovascular. Se evaluaron fundamentalmente dos variables para cuantificar la relación del estrés y la hipertensión arterial, las cuales fueron: la presencia de un ambiente familiar y de un rendimiento académico desfavorables. Se constató que las mismas estuvieron estrechamente asociadas a cifras de tensión arterial superiores con respecto a los educandos donde estas situaciones de riesgo no estuvieron presentes.

También en Villa Clara se desarrolló una investigación con 20 adolescentes que presentaban HTAe, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo psicosociales asociados a dicha enfermedad, encontrándose como resultados importantes que en el control de las cifras tensionales del adolescente hipertenso pueden influir las siguientes características psicosociales, en estrecha interrelación: contexto familiar y/o contexto escolar inadecuados, apoyo social ineficaz, presencia de eventos potencialmente psicopatógenos, así como dificultades en cuanto al autocontrol emocional, la competencia social, las estrategias de afrontamiento, la autoestima y otras características de la personalidad en formación.

La consideración de los antecedentes investigativos descritos en el presente capítulo evidencia la necesidad de realizar investigaciones que contribuyan a esclarecer el papel de las emociones en la determinación multicausal de la HTA esencial, poniendo énfasis en etapas tempranas de la vida como la adolescencia. Es innegable que debe partirse en todo momento de las características que presenta la esfera emocional en los mismos, desde la perspectiva de su situación social de desarrollo.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1. Diseño general de la investigación.

Para dar cumplimiento a los objetivos de nuestra investigación, se realiza un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo basado en un diseño integrador (mixto), en el que se combinan técnicas de la metodología cuantitativa y recursos de la cualitativa, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada una de estos paradigmas investigativos.

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

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

En aras de lograr mayor claridad sobre el empleo de las perspectivas metodológicas cuantitativa y cualitativa en la investigación, debe señalarse que se utilizó el estudio de casos en el grupo de pacientes hipertensos, mientras que con el grupo de escolares con alto riesgo de padecer la enfermedad, se empleó mayormente la metodología cuantitativa, aún cuando ésta se apoyó en determinadas técnicas cualitativas.

La Metodología de Estudio de Caso, es concebida como estudio profundo y sistémico de la personalidad. Se caracteriza por el descubrimiento de nuevas realidades y conceptos, más que la unificación o comprobación de hipótesis previamente establecidas. Con la ejecución del estudio de caso, en la presente investigación se pretenden describir las emociones de los escolares hipertensos, proporcionando conocimientos sobre ellas e, incluso, poder

comprender determinadas relaciones entre estas emociones y los contextos presentes en dicho grupo de escolares.

De acuerdo a la tipología de los estudios de caso, el estudio que se realiza en la presente investigación es un estudio de casos múltiple, ya que se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar su realidad, según los objetivos de la investigación, siendo de gran importancia la relación, lo que cada caso concreto puede aportar al estudio en su totalidad.

2.2. Definición de la muestra.

La presente investigación se desarrolla como parte de un proyecto denominado “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud”, perteneciente al Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara.

En el marco de este proyecto, en el mes de junio y julio de 2007, fue estudiada la población de escolares de tercero a quinto grado (cuyas edades oscilaban entre 8 y 11 años de edad) de la escuela primaria “América Latina”, de Santa Clara, Villa Clara. Esta población está conformada por 282 alumnos a los cuales médicos especialistas (MGI y cardiólogos) les realizaron exámenes clínicos y de laboratorio, con el objetivo de determinar la cantidad de niños y adolescentes hipertensos o con alto riesgo de padecer dicha enfermedad.

Como resultado de estas acciones, fueron diagnosticados 10 escolares hipertensos y 64 escolares con alto riesgo de padecer la enfermedad hipertensiva, los cuales en la actualidad se encuentran cursando el 4to, 5to y 6to grado, con edades comprendidas entre 9 y 12 años de edad.

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación, fueron seleccionados dos grupos de escolares. El grupo de estudio estuvo conformado por escolares hipertensos y fue seleccionado de forma no probabilística e intencional, mientras que el grupo testigo, integrado por escolares con alto riesgo de padecer la enfermedad, fue seleccionado de manera no probabilística, aleatoria e intencional.

Para conformar dichos grupos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Escolares de 4to, 5to y 6to grado, con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial esencial, en el caso del grupo de hipertensos; para el otro grupo, deben ser escolares diagnosticados con alto riesgo de padecer la enfermedad.
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Que ofrezcan su consentimiento informado a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

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

El grupo de estudio se conformó con la población de 7 escolares diagnosticados con hipertensión arterial esencial comprendidos entre las edades de 10 y 12 años (inicialmente eran 9, pero uno de ellos constituyó baja de la escuela debido a cambio de residencia, mientras que el otro se encontraba enfermo durante el periodo de realización de la investigación.). El grupo testigo quedó conformado por 21 escolares con alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial.

Las características sociodemográficas de ambos grupos se muestran a continuación.

Grupo de escolares hipertensos:

Tabla 1. Distribución muestral según la edad

	10 años	11 años	12 años
Cantidad	1	4	2
%	14	57	29

Tabla 2. Distribución muestral según el sexo

	Femenino	Masculino
Cantidad	2	5
%	29	71

Tabla 3. Distribución muestral según la raza

	Blanca	Negra
Cantidad	4	3
%	57	43

Tabla 4. Distribución muestral según la procedencia.

	RURAL	URBANA
Cantidad	0	7
%	0	100

Fuentes: Expedientes académicos y entrevistas.

Grupo de escolares con alto riesgo de padecer la hipertensión arterial.

Tabla 1. Distribución muestral según la edad

	10 años	11 años	12 años
Cantidad	11	7	3
%	52	33	14

Tabla 2. Distribución muestral según el sexo

	Femenino	Masculino
Cantidad	10	11
%	47	52

Tabla 3. Distribución muestral según la raza

	Blanca	Negra
Cantidad	17	4
%	81	19

Tabla 4. Distribución muestral según la procedencia.

	RURAL	URBANA
Cantidad	0	21
%	0	100

Fuentes: Expedientes académicos y entrevistas.

2.3. Definiciones operacionales.

Emociones: estados afectivos, generalmente intensos y de corta duración, con características dinámicas y funciones adaptativas. Las emociones son una respuesta

temporalmente asociada a un estímulo o situación desencadenante actual (que puede ser interno o externo), que posee la capacidad de desencadenarla en tanto constituyen una respuesta a la valoración de la significación de dicho estímulo o situación. Esto hace referencia a una relación concreta del sujeto con su ambiente en el momento presente, donde debe abordarse cómo el adolescente valora la situación teniendo en cuenta las características intrínsecas de los eventos, el significado del evento para sus necesidades o metas, su habilidad para poder afrontar o manejar las consecuencias del evento y que incluye evaluar la responsabilidad en la situación, así como la compatibilidad del evento con las normas sociales y los valores. La respuesta emocional es multidimensional, es decir, implica cambios a nivel de conciencia, motivacionales, cognitivos, fisiológicos y expresivo/motores. De esta forma, se genera una activación psicobiológica que puede posibilitar al individuo (o no) su óptima relación con el medio.

Indicadores de análisis del funcionamiento emocional:

Emociones negativas: Se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable. Se generan ante acontecimientos que son valorados como una dificultad para lograr los propios objetivos en términos generales. De acuerdo con la forma en que afectan nuestra conducta: motivan a evitar algo. En este caso las más trabajadas son ansiedad, ira, miedo, vergüenza, tristeza.

- Repertorio emocional: Hace referencia a la cantidad de emociones negativas que experimenta el adolescente en el momento de la investigación. El análisis cuantitativo de este indicador se realiza de la siguiente forma:
 - No se detecta la presencia de emociones negativas en el adolescente (0 punto).
 - Se detecta la presencia de una o dos emociones negativas (1 punto).
 - Se detecta la presencia de dos a cuatro emociones negativas (2 puntos).
 - Se detecta la presencia de más de cuatro emociones negativas (3 puntos).

- Tipología de las emociones negativas según su contenido temático:

- Vergüenza: Estado psicológico caracterizado por una elevada incomodidad ante un comportamiento que exigen las normas. La vergüenza se utiliza como un comportamiento de arrepentimiento. Mostrar un defecto de acuerdo a ideales propios.
- Tristeza: Predispone al ensimismamiento y el duelo, se asocia a la disminución de la energía y el entusiasmo por las actividades vitales y el enlentecimiento del metabolismo corporal, pena, desilusión, de falta de interés por las cosas que nos rodean.
- Ira: Ofensa contra uno mismo o lo suyo. La sensación de hallarse amenazado, bien real o simbólicamente. 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. Aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones es la respuesta de lucha o ataque.

Según Guzmán (2008), en el adolescente los estímulos que provocan la ira son principalmente de orden social. Las causas más comunes de la ira son: 1) ser objeto de burlas, 2) ser tratados injustamente, 3) verse despojado de sus pertenencias, 4) que se les mienta, 5) que se les mande autoritariamente, 6) que no les salgan las cosas bien, 7) tratamiento cruel a niños o animales domésticos, 8) la interrupción de actividades habituales (estudio, sueño) y 9) los planes frustrados.

- Miedo: Se activa por la percepción de daño o peligro, es una reacción ante situaciones amenazadoras o que causan inseguridad, en las que se pierde el control sobre lo que puede ocurrir. La naturaleza del daño o peligro percibido puede ser

física o psicológica. Por lo tanto, se plantea que el miedo es una advertencia emocional de que se aproxima un daño físico o psicológico. Cuando esta movilización de los recursos energéticos se origina ante causas más subjetivas o difusas, y de forma más persistente, también ante las más variadas actividades que suponen un reto, la emoción resultante la podemos denominar ansiedad. Según

Guzmán (2008), en el adolescente los miedos más frecuentes son: el miedo a ciertos objetos materiales, a las relaciones sociales y el relativo a si mismo.

- Ansiedad: Se plantea que el componente cognitivo de la ansiedad es la preocupación y su componente conductual: evitación y lucha. Incertidumbre, amenaza, desasosiego, preocupación o miedo vago de origen desconocido. Emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Aparece cuando el individuo percibe o interpreta un estímulo o situación como peligroso o amenazante, independientemente de la amenaza real, facilitando la respuesta individual y preparándole para una acción defensiva o evitativa.

Un estado de ansiedad entonces, consiste de sentimientos de nerviosismo, preocupación, tensión, aprensión, así mismo incluye excitación del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o pánico.

- Frecuencia de las emociones: se relaciona con el promedio de tiempo durante el cual el adolescente experimenta predominantemente emociones negativas. El análisis cuantitativo de la frecuencia se realizará de la siguiente manera:
 - Frecuencia nula (0 punto): cuando no existen emociones negativas de ningún tipo.
 - Frecuencia baja (1 punto): cuando el adolescente experimenta emociones negativas entre uno y dos días a la semana, de forma sistemática
 - Frecuencia media (2 puntos): cuando el adolescente experimenta emociones negativas entre tres y cuatro días a la semana, de forma sistemática.
 - Frecuencia alta (3 puntos): cuando el adolescente experimenta emociones negativas más de cuatro días a la semana, de forma sistemática.
- Intensidad emocional: representa el grado de activación o desactivación (cognitiva, fisiológica y motora) que acarrea la reacción emocional, el grado de expresión de esta respuesta, así como la fuerza con que se experimenta subjetivamente. La intensidad es reconocida como el grado en que las emociones son experimentadas independientemente de la valencia de éstas. El análisis cuantitativo de intensidad se realizará de la siguiente manera:

- Intensidad nula (0 punto): cuando no existen emociones negativas de ningún tipo.
 - Intensidad baja (1 punto): cuando la emoción negativa que experimenta el adolescente produce un bajo nivel de activación o desactivación (cognitiva, fisiológica y motora).
 - Intensidad media (2 puntos): cuando la emoción negativa que experimenta el adolescente produce un nivel medio de activación o desactivación (cognitiva, fisiológica y motora).
 - Intensidad alta (3 puntos): cuando la emoción negativa que experimenta el adolescente produce un nivel alto de activación o desactivación (cognitiva, fisiológica y motora).
- **Funcionamiento emocional:** En esta categoría se integran las unidades de análisis anteriormente descritas (repertorio emocional, contenido temático, intensidad y frecuencia) en relación con la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones. La valoración cuantitativa del funcionamiento emocional integrando los indicadores anteriores es la siguiente:
- **Funcionamiento emocional efectivo:** cuando se presentan emociones negativas en el adolescente en cantidad, intensidad y frecuencia bajas y no se afecta la capacidad autorreguladora de las emociones y su valor adaptativo (1 punto).
 - **Funcionamiento emocional medianamente efectivo:** cuando, estando presente una o más emociones negativas, alguna de ellas se presentan en niveles medios en cuanto a los indicadores siguientes: frecuencia e/o intensidad y se producen afectaciones leves en la autorregulación de las emociones que limitan la capacidad adaptativa de las emociones en determinadas situaciones y contextos (2 puntos).
 - **Funcionamiento emocional inefectivo:** cuando, estando presente una o más emociones negativas, alguna de ellas se presenta en niveles altos en cuanto a los indicadores siguientes: frecuencia e/o intensidad y la capacidad autorreguladora de las emociones limita en gran medida la adaptabilidad emocional del adolescente (3 puntos).

Otra de las categorías de análisis que serán abordadas en la investigación son aquellas que, desde la situación social de desarrollo (SSD) del adolescente, se valorarán cualitativamente en relación con su funcionamiento emocional. Ellas son:

- Contexto familiar y su repercusión en la vida emocional del adolescente: es necesario tomar en cuenta las características del funcionamiento familiar y su repercusión en la vida emocional del adolescente; si la familia logra cumplir satisfactoriamente sus funciones básicas en relación con el menor; si se satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de las interacciones que se llevan a cabo en el seno familiar; las vivencias del adolescente dependientes de este funcionamiento familiar. Si se generan (y de qué forma, aislada o sistemática) emociones negativas que afectan o no el bienestar y ajuste emocional del menor.
- Contexto escolar y su repercusión en la vida emocional del adolescente: la forma y grado en que el sistema de relaciones y actividades, que tienen como centro la institución escolar, satisfacen las necesidades del adolescente dependientes de ello.

Cómo son las vivencias del adolescente en relación con esto, si se generan en él forma sistemática o aislada emociones negativas.

En este sentido se debe analizar la forma en que afectan al adolescente:

- La relación con los coetáneos en el grupo escolar.
- La relación con el maestro,
- La actividad de estudio.

- Relación con los coetáneos y su repercusión en la vida emocional del adolescente, considerando si existen relaciones positivas con los iguales, basadas en la cooperación, reciprocidad, participación conjunta en diferentes actividades y/o intercambio estrecho e íntimo de ideas, afecto, opiniones del adolescente con alguno o algunos de ellos o si, por el contrario, existe rechazo o burla por parte de los iguales hacia el adolescente, discusiones frecuentes, peleas, aislamiento del adolescente, poco contacto comunicativo y afectivo entre éste y los coetáneos.

- Características de personalidad en formación: También pueden constituir posible fuente de emociones negativas, ya que pueden entorpecer su enfrentamiento adecuado ante las demandas de su situación social de desarrollo, eventos o situaciones difíciles, problemas que puedan estar afectando su ajuste emocional y social.

2.4. Técnicas e instrumentos empleados.

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

Técnicas aplicadas a los adolescentes:

- Entrevista semi-estructurada.
- Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)
- Rombo afectivo.
- Completamiento de Frases.
- Dibujo del tema sugerido.
- Historias proyectivas
- Test Sociométrico
- Inventario de la ansiedad rasgo-estado, versión infantil (IDAREN).

Técnica aplicada a los padres:

- Entrevista semi-estructurada.

Técnica aplicada al maestro:

- Entrevista semi-estructurada.

Técnicas generales:

- Revisión documentos (expediente escolar).
- Observación semi - estructurada.

Descripción de las técnicas empleadas.

➤ *Entrevista semi-estructurada al adolescente.*

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

Materiales: papel y lápiz.

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:

- Emociones negativas del adolescente asociadas al contexto familiar, escolar y las relaciones con los iguales.
- Conocimiento y valoración que el adolescente tiene en relación con las causas de dichas emociones.
- Frecuencia con que se presentan estas emociones negativas.
- Forma en que se manifiestan estas emociones, en que se expresan, atendiendo a la intensidad (ideas, pensamientos, cambios fisiológicos, respuestas motoras, conductas, relacionadas con las emociones que experimenta).
- Presencia de estrategias y sus características para atenuar, disminuir dichas emociones negativas.
- Características de personalidad en formación, y su relación con dichas emociones negativas.

➤ *Inventario de Problemas Juveniles (IPJ).*

Objetivo: evaluar las dificultades del adolescente hipertenso relacionadas con su esfera personal, de salud, familiar, escolar y de relaciones, que pudieran estar relacionadas con sus emociones negativas

Materiales: protocolo de IPJ y lápiz (Anexo # 1).

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

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

➤ *Rombo afectivo.*

Descripción General: Esta prueba fue elaborada por Rodríguez & Cárdenas (1995) y posteriormente modificada por Barbán D. & León K. (1997) lográndose que fuera más atrayente para el niño o adolescente. Se aplica a niños o adolescentes de 4 a 12 años de edad en forma de juego.

Objetivo: conocer las vivencias positivas y negativas, deseos, aspiraciones, emociones que prevalecen en los niños y adolescentes en un momento dado y, sobre todo, aquellos que pueden incidir directamente en proporcionarles tensiones desde el punto de vista afectivo.

Materiales: protocolo de la técnica y lápiz (Anexo # 2).

Procedimiento: se debe completar en una hoja dividida en cuatro partes: alegrías, tristezas, miedos y roñas, de manera que el adolescente exprese tres cosas que le produzcan tales emociones.

Calificación e interpretación: las respuestas se agrupan en vivencias negativas y positivas que pueden estar referidas a: diversión, comidas, posesión de objetos materiales, estudio, afecto, salud, felicidad, contacto familiar, deporte, animales, métodos disciplinarios, relaciones interpersonales etc. Se realizará de forma cualitativa, de acuerdo a las emociones que en la técnica se evalúa.

➤ *Completamiento de Frases.*

Descripción general: Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es el test de Rotter. En la presente investigación, se empleó una versión realizada para adolescentes.

Objetivo: profundizar en la esfera afectivo motivacional (emociones, situaciones, vivencias vitales negativas, intereses, necesidades, características de personalidad, conflictos,

frustraciones, temores, aspiraciones, preocupaciones, relacionadas con el área familiar, escolar, social, sexual y personal del adolescente hipertenso.

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

Materiales: protocolo del Completamiento de Frases (Anexo # 3).

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

- Área familia: en las frases 11, 16, 19, 24
- Área escolar: en las frases 7, 9, 21, 31
- Área social: en las frases 5, 20, 26, 39, 43
- Área personal: en las frases 41, 42, 46
- Área de conflicto emocional: en las frases 3, 6, 8, 10, 13, 14, 18, 22, 27, 29, 30, 32, 33 34, 36, 37, 38, 44, 45
- Área motivacional: 1, 2, 4, 12, 17, 23, 25, 28, 40,

➤ *Dibujo del tema sugerido.*

Descripción general: Resulta de gran utilidad el trabajo con niños y adolescentes. Puede ser un índice revelador de aspectos de su personalidad en desarrollo y su actividad psíquica, tales como su inteligencia, creatividad, conocimiento del mundo que le rodea, estados de ánimo y afectivos, miedos, aspiraciones, deseos satisfechos o insatisfechos, sentimientos, ciertas características temperamentales etc. El niño o adolescente no dibuja lo que ve, sino lo que sabe de las cosas, siendo una de las particularidades de las producciones gráficas infantiles el fenómeno denominado realismo intelectual. Se incorporó a la metodología de trabajo considerando el valor de las técnicas proyectivas de expresión gráfica, según la propuesta de L. Álvarez, J. Arce y L. Wasser (citados en Guerra, 2001).

Los niños reflejan en el dibujo su problemática, bien sea en la ejecución o en el contenido. En nuestra investigación, teniendo en cuenta fundamentalmente este último parámetro, decidimos sugerirle al niño el tema “Mi mayor problema es ...”, con el fin de penetrar en su mundo vivencial.

Objetivo: evaluar si en la representación gráfica del niño se reflejan situaciones conflictivas de su vida.

Materiales: hoja de papel en blanco y lápiz.

Procedimiento: Se le indica al adolescente que dibuje sobre un tema sugerido, que consiste en “Mi mayor problema es ...”. Se le solicita, además que le ponga un título a dicho dibujo, precisamente completando la frase “Mi mayor problemas es...”

Calificación e Interpretación: se realiza de forma cualitativa y cuantitativa a través de las categorías siguientes:

- Tema representado: preocupaciones fundamentales que grafica.
 - Preocupaciones acordes con la edad.
 - Preocupaciones generales generadas por conflictos (área familiar, escolar y personal).
- Afectividad: calidad de las vivencias afectivas.
 - Expresiones de bienestar emocional.
 - Expresiones de malestar emocional.
- Inclusión de figuras humanas representadas en el dibujo.
 - Presencia de la madre.
 - Presencia del padre.
 - Presencia de los hermanos.
 - Presencia de los abuelos.
 - Presencia de otros familiares.
 - Presencia del maestro.
 - Presencia de otros adultos.
 - Presencia del niño(a) en el dibujo.

De forma general se analiza la situación conflictiva representada y los estados emocionales relacionados con la misma.

➤ *Historias proyectivas*

Descripción general: La técnica está basada en la idea de las historietas creadas por Madeleine Thomas Rey. Con ella se propone profundizar en las emociones del adolescente,

a través de historias cortas que el mismo debe completar, partiendo de su experiencia personal. Para ello las historias están acompañadas de figuras relacionadas con el tema.

Objetivo: es una técnica proyectiva que persigue indirectamente recoger información sobre el mundo vivencial del adolescente, profundizando en las emociones negativas

experimentadas por el mismo, así como sus posibles causas.

Procedimiento: se le presentan al adolescente las tarjetas donde aparecen las historias y las figuras relacionadas con las mismas, diciéndole que en ellas hay diferentes situaciones por las que pueden atravesar los muchachos de su edad. Se le indica que las lea cuidadosamente y que responda las preguntas con lo que piense que podría pasar.

Materiales: tarjetas, hoja y lápiz (Ver Anexo 4).

Calificación e interpretación: se realizará de forma cualitativa, utilizando como indicadores: conflictos, necesidades, intereses, vivencias negativas y positivas, relacionadas con el área escolar, familiar y personal así como relaciones con los iguales, de acuerdo a las emociones que en la técnica se evalúan.

En relación con las Historias Proyectivas utilizadas en la presente investigación, fue necesario realizar un estudio piloto, con el objetivo principal de comprobar si dichas historias se ajustan a los requerimientos de la etapa evolutiva y las respuestas que ofrecen los adolescentes aportan los datos que de acuerdo a los objetivos de la investigación se requieren.

Este estudio piloto se llevó a cabo con 15 adolescentes de 10 a 12 años de edad, psíquicamente sanos y de diferentes sexos, del Reparto universitario, de Santa Clara, Villa Clara.

En este pilotaje se obtuvo que el 100 % de los adolescentes contestó arrojando datos que brindaron información sobre sus emociones. Analizando los resultados obtenidos se decidió dejar los ítems tal y como se habían elaborados en el inicio, los cuales aparecen en el anexo correspondiente.

➤ *Test Sociométrico*

Descripción general: La sociometría fue creada por J. L. Moreno, en la década de 1920 y desarrollada posteriormente por sus discípulos y aplicada en todo el mundo a partir de entonces en la investigación y en el trabajo social. Entre las técnicas sociométricas destaca el test sociométrico.

Objetivo: Evaluar el grado en que los adolescentes estudiados son aceptados en el grupo.

Procedimiento: Se aplica en el grupo escolar al que pertenecen los adolescentes estudiados. Se le indica a cada escolar que escriba el nombre de aquellos miembros del grupo escolar con los que prefiere asociarse para las actividades de juego y de estudio.

Materiales: Papel y lápiz.

Calificación e interpretación: se determina la cantidad de nominaciones positivas y/o negativas que cada adolescente estudiado obtiene en el grupo. De esta forma, se podrá triangular la información con otras técnicas y valorar los criterios de elección-rechazo, que pueden referirse a características de personalidad, roles funcionales, criterios afectivos, culturales, sociales, etc.

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

Descripción general: esta técnica es la versión al español de *State Train Anxiety Inventory (STAI)* de Ch. Spielberger, que construyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad rasgo y la ansiedad estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psíquicos; aunque posteriormente resultó útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes con alteraciones neuropsíquicas, médicas y quirúrgicas.

En nuestra investigación utilizamos la variante de Ch. Spielberger para niños, modificada por B. Castellano y J. Grau, constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales, para constatar la presencia de la ansiedad en los niños y adolescentes hipertensos, reconociendo la influencia nociva de este estado psíquico en los mismos; puede ser aplicable a niños y adolescentes entre los 9 y 12 años de edad.

Objetivo: constatar principalmente la presencia de la ansiedad rasgo en el adolescente hipertenso.

Materiales: Protocolo de la técnica (Anexo # 5).

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 (la que fundamentalmente se analizó en la presente investigación):

1. Determinación de la puntuación directa a través de la suma total de los 20 primeros ítems de la escala ansiedad-rasgo.
2. 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.

➤ Entrevista semi-estructurada a los padres.

Descripción general: Esta técnica se apoya en indicadores u objetivos generales que guían la conversación. La técnica 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, según se va obteniendo información de las características del caso.

Objetivo: profundizar en los aspectos de la historia de vida del adolescente, sus experiencias, vivencias, características personales y de su contexto social, que puedan incidir directa o indirectamente en la aparición de emociones negativas.

Materiales: papel y lápiz.

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:

- Emociones negativas del adolescente asociadas al contexto familiar, escolar y las relaciones con los iguales.
- Frecuencia con que se presentan estas emociones negativas.
- Forma en que se manifiestan estas emociones, en que se expresan, atendiendo a la intensidad (ideas, pensamientos, cambios fisiológicos, respuestas conductas, relacionadas con las emociones que experimenta).
- Presencia de estrategias y sus características, para atenuar, disminuir dichas emociones negativas.
- Características de personalidad en formación, y su relación con dichas emociones negativas.

➤ *Entrevista semi-estructurada al maestro.*

Objetivos: profundizar en el funcionamiento del adolescente en el contexto escolar, así como en las relaciones hogar escuela, valorando el vínculo con las emociones negativas del mismo.

Material: papel y lápiz.

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:

- Aprendizaje y posibles dificultades. Rendimiento escolar.
- Relaciones interpersonales con maestros, coetáneos y padres.
- Disciplina y asistencia a clases.
- Posible relación de elementos anteriores con las emociones negativas.

➤ Revisión de documentos (del expediente escolar).

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

Objetivo: conocer las características de aprendizaje de estos escolares desde que iniciaron sus estudios primarios. La relación con sus coetáneos, así como la relación familia-escuela. Referencia a posibles emociones negativas.

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

➤ Observación semi-estructurada.

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

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

2.5. Procedimiento general en la investigación.

La investigación se desarrolló durante el año 2008, para lo cual se realizó primeramente una amplia búsqueda bibliográfica, relacionada con el tema de la hipertensión arterial esencial en la adolescencia, analizándose los aspectos más relevantes en este sentido.

Inicialmente se solicitó información a los profesionales vinculados a la atención de adolescentes con hipertensión arterial esencial, fundamentalmente del Hospital Infantil “José Luis Miranda”, lugar donde se encuentran registrados los datos de una buena parte de los adolescentes hipertensos de la provincia de Villa Clara, incluidos los escolares pesquisados en junio y julio de 2007.

Como se explicó anteriormente, luego del pesquizaje realizado como parte de las acciones del proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la APS”, se procedió a la selección de los escolares hipertensos y

aquellos con alto riesgo de padecer la enfermedad. En relación con estos últimos solamente se estudió un grupo, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

El estudio se inició con una entrevista a los padres de dichos escolares, de manera que se pudiera obtener el consentimiento informado en relación con su participación en la investigación, además de una información general sobre el adolescente, en relación a todas las esferas de su vida.

Posteriormente, se realizó la aplicación de las técnicas dirigidas al adolescente hipertenso, distribuidas en varias sesiones, de forma tal que no se produjera en ninguno de los

adolescentes agotamiento ni fatiga a nivel de incidencia negativa en los resultados de las mismas.

Paralelamente a la aplicación de técnicas a los adolescentes se fue realizando una segunda entrevista con los padres, en aras de profundizar en las características de las emociones de dichos adolescentes. De igual manera, se llevó a cabo la revisión de los expedientes académicos, así como la entrevista dirigida a los maestros.

Las sesiones con el adolescente quedaron conformadas de la siguiente manera:

Primera sesión:

- Entrevista # 1 al adolescente
- IPJ
- Rombo afectivo

Segunda sesión:

- Entrevista # 2 al adolescente
- Completamiento de frases
- Dibujo "Mi mayor problema"
- Test Sociométrico

Tercera sesión:

- Entrevista # 3 al adolescente
- Historias Proyectivas
- IDAREN (en los casos donde fue necesario aplicarlo)

Durante la aplicación individual de las pruebas psicológicas se utilizó la observación semi-estructurada, con el objetivo de constatar los resultados y precisar el sentido de las respuestas ofrecidas por el adolescente y sus familiares durante el proceso de investigación.

La metodología diagnóstica anteriormente referida se aplicó bajo condiciones adecuadas de iluminación, privacidad y ventilación. La duración de cada sesión estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada adolescente, aunque nunca excedió de 60 minutos. Para cada prueba se confeccionó un protocolo de recogida de datos, elaborados previamente, lo que facilitó la recogida de información.

2.6 Análisis de los datos.

Teniendo en cuenta el objetivo general del trabajo y las tareas de investigación planteadas, el análisis de los resultados obtenidos se abordó desde una perspectiva individual y grupal.

- *Análisis individual de los datos:*

Dada la reconocida complejidad del tema abordado y a partir de la consideración de las limitantes de los instrumentos autoinformados se decidió incorporar en el diseño de la investigación, recursos y procedimientos de la metodología cualitativa dirigidos a garantizar una mayor fiabilidad de los resultados. Dentro de ellos se destacan:

- *Triangulación de técnicas:* Se emplearon técnicas de diverso nivel de estructuración que incluyeron técnicas estructuradas y otras más proyectivas cuyos datos fueron triangulados.
- *Triangulación de fuentes:* Los datos obtenidos fueron corroborados y profundizados posteriormente a través de la entrevista semi-estructurada a los propios adolescentes, los maestros y sus padres.

- *Análisis grupal de los datos:*

Los datos recolectados fueron llevados a ficheros en SPSS para Window's y se crearon tablas y gráficos, con la finalidad de demostrar relaciones entre las categorías.

El análisis estadístico incluyó el análisis de frecuencias y medidas de tendencia de control. A través de la estadística inferencial se aplicaron las siguientes pruebas no paramétricas: Kolomonosov Smirnov, Kruskal Wallis Mann Whitney.

Tabla . Técnicas empleadas en el procesamiento estadístico de los datos.

Pruebas estadísticas	Objetivo
Análisis de Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de estadística descriptiva empleada con el objetivo de valorar el % con relación al total.
Kruskal Wallis	<ul style="list-style-type: none"> • Es una prueba no paramétrica que se utiliza para analizar las diferencias estadísticamente significativas

	para k-muestras independientes, permitiéndonos establecer parámetros que posibilitan generalizar por concepto de impacto.
Kolmogorov Smirnov	<ul style="list-style-type: none"> • Es una prueba no paramétrica que se utiliza para analizar las diferencias estadísticamente significativas para 2 muestras independientes.
Mann-Whitney	<ul style="list-style-type: none"> • Es una prueba no paramétrica que se utiliza para analizar las diferencias estadísticamente significativas para 2 muestras independientes, permitiéndonos establecer parámetros que posibilitan generalizar por concepto de impacto.

El análisis de los resultados obtenidos se presenta en el siguiente capítulo de la investigación.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta los objetivos científicos planteados en la investigación. Se decidió comenzar por el estudio de caso de cada uno de los adolescentes hipertensos, integrando en los mismos los datos aportados por las distintas técnicas aplicadas, de acuerdo a las categorías e indicadores elaborados.

Luego, se procedió al análisis del grupo de adolescentes hipertensos, tomando como base los resultados de los estudios de caso realizados y generalizados como grupo.

Posteriormente se ofrecen los resultados del grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial, analizando más adelante ambos grupos de forma comparativa.

Finalmente, se ofrece el análisis integral de todos los resultados obtenidos en la investigación.

3.1 Análisis individual de los adolescentes hipertensos: Estudios de caso.

Sujeto # 1.

Sujeto 1, a partir de ahora llamado Juan, tiene 11 años de edad, es del sexo masculino y vive con su mamá, papá, abuela materna y dos hermanos, (una hembra menor y un varón mayor).

Juan se manifestó ansioso e intranquilo, además de distráctil durante la aplicación de las técnicas psicológicas. Más adelante, se pudo constatar que dentro de sus características de personalidad en formación se destacan el nerviosismo y la ansiedad. De esta manera, en el IPJ señala: “soy nervioso”, “me como las uñas”; así como la maestra también refiere que “le cuesta mucho trabajo estarse tranquilo” (Entrevista a la maestra) y la mamá plantea: “siempre está inventando algo distinto, a veces no se que hacer con él, me saca de quicio” (Entrevista a la madre).

En este caso se decidió aplicar el IDAREN, obteniéndose como resultado un nivel medio de ansiedad como rasgo, lo cual confirmó los elementos anteriormente abordados.

Se pudo constatar que Juan proviene de una familia disfuncional, con un estilo educativo inadecuado de rigidez, respecto a lo cual la maestra plantea: “la abuela viene a la escuela para que la madre no se entere si tiene problemas porque si no, lo mata, le da golpe por todo”; en el Completamiento de frases, Juan escribe: “es triste: cuando me dan porque hago algo malo”; “el castigo: siempre que me porto mal”.

También se pudo apreciar la despreocupación de ambos padres por los problemas del adolescente (de la escuela u otros). Existe violencia física y verbal entre los miembros de la familia, fundamentalmente entre los padres: “me da miedo casi siempre cuando se fajan” (Entrevista al adolescente); “el niño se siente triste porque su papá y su mamá se fajaron y se dieron golpes”, “me preocupa mi papá y mi mamá” (Historias proyectivas).

Como se puede percibir, las discusiones en su casa le generan miedo, ya que las percibe como peligrosas, amenazadoras y que escapan de su control personal y, al ser tan frecuentes, ya las espera con ansiedad: “cuando sé que van a discutir, me cae un salto aquí (se señala el estómago)” (Entrevista al adolescente).

Todo lo anterior también ha generado que Juan se sienta solo y desatendido por parte de su familia, experimentando tristeza la mayor parte del tiempo, con una frecuencia alta y una intensidad media, ya que valora esta situación en términos de desesperanza, pesimismo, manifestando que lo hace sentir sin interés por las cosas después que ocurren estas peleas, llegando al llanto en varias ocasiones: “a veces me dan unas ganas de llorar cuando pienso en mis padres, no entiendo por qué se tratan así”; en el IPJ señala: “me siento solo”, “quisiera que mi papá estuviera más tiempo en la casa”, “ quisiera que mi mamá estuviera más tiempo en la casa”.

Las características de personalidad en formación de Juan se deben en gran medida a todo este ambiente familiar descrito. Se observó en el adolescente, además de su ansiedad, inseguridad a la hora de ejecutar alguna tarea, lo cual ha sido generado en cierta medida

por el escaso apoyo por parte de la familia; la autoestima baja es otra de las características que sobresale, por lo que en el Completamiento de frases refiere: “soy feo”; mientras que en IPJ señala: “me preocupa el modo de mejorar mi figura”, “mis padres no confían en mí”. Además, se asocia nuevamente la tristeza a las situaciones en las que no tiene éxito, manifestando a su vez, en cuanto a la esfera escolar: “necesito que me ayuden en la escuela, porque todo me sale mal” (Entrevista al adolescente). Existen otras dificultades que también pueden estar ocasionando la aparición de emociones negativas en Juan, relacionadas con los conflictos con su hermano mayor, refiriendo: “siempre abusa de mí” (Entrevista al adolescente). Estas cuestiones han hecho que se haya instaurado la agresividad como una de las características de la personalidad en formación y hace que en las actividades lúdicas de Juan predominen los juegos de mano, lo que a su vez ha provocado que sus iguales lo rechacen. De esta manera, en el test sociométrico obtiene 4 nominaciones negativas en cuanto al juego y siete nominaciones negativas en el estudio, por parte de sus compañeros de aula. En este rechazo inciden también las dificultades dicentes de Juan, reflejadas en el expediente escolar y por la maestra: “siempre está fajado con alguien”, “su aprendizaje es nulo” (Entrevista a la maestra); “el estudio: necesito que me ayuden”, “la mayor dificultad: tengo muchas en la escuela” (Completamiento de frases).

La gran cantidad de vivencias negativas que presenta Juan en la escuela y en su relación con los coetáneos, han incidido en que este adolescente rechace la escuela y se sienta desmotivado hacia este contexto en general, no atiende a clases y sus problemas de aprendizaje persisten, a la vez que manifiesta conductas agresivas, fundamentalmente en el marco de la relación con los iguales.

La valoración de Juan con respecto a su familia, a su estudio y a sus compañeros de aula (tres de los elementos que mayor repercusión presentan en la adolescencia para el desarrollo psicológico y, específicamente, para la vida emocional), presenta un contenido totalmente negativo, apreciándose pocos elementos que indiquen satisfacción en relación con ellos. Los percibe como un problema que lejos de satisfacer necesidades en él, lo hacen sentir carente de afecto, atención, reconocimiento, aceptación, comunicación,

siendo todos estos elementos imprescindibles para su adecuado desarrollo y ajuste emocional, más aún tomando en cuenta las características de su etapa evolutiva.

En cuanto a la forma en que enfrenta estas situaciones, se aprecia una carencia importante de recursos psicológicos y sociales; por una parte, no cuenta con el apoyo social necesario y, por otra, la baja autoestima, inseguridad, así como la relación directa de sus problemas con causas ajenas a su persona, incide en que persistan todas esas emociones negativas en este adolescente.

Sujeto # 2.

Sujeto 2, a partir de ahora nombrado Alberto, tiene 11 años de edad, del sexo masculino, convive con su mamá y su hermano de tres años de edad.

Alberto es un adolescente que se muestra inhibido durante la aplicación de todas las técnicas, respondiendo a las preguntas con pocas palabras, de forma poco expresiva. No obstante, refiere desde el primer momento que su principal problema consiste en que extraña mucho a su papá (con toma afectiva), quien se encuentra trabajando en otro municipio y, además, está separado de su mamá. Esta situación la refleja en el dibujo, que titula: "Mi mayor problema es que mi papá no está aquí conmigo". En la entrevista plantea: "hace 5 meses que mi papá está trabajando fuera de aquí y yo lo extraño porque no puedo estar con él como antes".

La familia de Alberto es uniparental, pero hasta hace un año aproximadamente existían grandes conflictos entre los padres, de manera que estos se separaron y se unieron en varias ocasiones, hasta esta última en que no han vuelto a estar juntos. Las discusiones y peleas se debían, fundamentalmente, a que el papá de Alberto ingiere bebidas alcohólicas con gran frecuencia y se torna agresivo e irritable bajo la acción de las mismas. Según la propia madre, en la entrevista, durante su segundo embarazo tuvo que enfrentar una serie de situaciones bastante difíciles y completamente sola, con carencias de todo tipo, incluso económicas.

Todo lo anterior es conocido en profundidad por Alberto, generándole intenso sufrimiento y preocupación, manifestando que aunque extraña a su papá prefiere que sus padres estén separados, para que su mamá “no sufra” (Entrevista al adolescente). También en la entrevista, refiere: “cuando esas situaciones ocurren, no sé por lo que me da, me da miedo, me pongo muy nervioso y triste”, “desde chiquitico mis padres se divorcian, vuelven un tiempo y así”. Por su parte, la madre señala: “Alberto adora a su papá, pero me dice que yo me busque a alguien que de verdad me ayude”, “el vivió todo lo que yo pasé durante el embarazo y dice que su papá es muy abusador conmigo y no me ayuda en nada” (Entrevista a la madre).

De esta manera, en Alberto se evidencia actualmente carencia afectiva por parte del padre en lo fundamental, ahora ausente físicamente y con el cual, a pesar de los conflictos, se siente muy identificado de manera afectiva.

Ante toda la problemática anterior, se evidencian en Alberto determinadas manifestaciones emocionales que, aunque son cortas de acuerdo a su duración, como es típico de las emociones, tienen lugar con una intensidad importante: llanto, salto epigástrico, onicofagia, intranquilidad en ocasiones y, en otras, desánimo, incertidumbre, sensación de pérdida, como parte de emociones tanto de tristeza como de ansiedad y miedo ante los conflictos de sus padres. Por lo tanto, a pesar de estar separados los padres, Alberto se siente ansioso y con miedo, debido a que su mamá “está sola y no tiene quien la ayude y llora mucho” (Entrevista al adolescente).

Influido por todo este ambiente familiar, en Alberto se han desarrollado una serie de características de personalidad en formación, entre las cuales se destacan: agresividad, “majadero”, es intranquilo e impulsivo y tiene baja autoestima, según los datos que aportan la maestra y la madre.

Por otro lado, las características físicas, con importancia cada vez más creciente en la aceptación de los iguales y de sí mismo, son otro elemento que actualmente Alberto valora como muy negativo. En el Completamiento de frases expresa: “mi mayor aspiración: “ser

flaco”, “el peor defecto: ser gordo”. Sobre la base de estas características físicas, existen con frecuencia las burlas de los coetáneos hacia Alberto, las cuales también repercuten en su autoestima. No obstante, a pesar de dicha repercusión, no se evidenciaron conflictos significativos con los coetáneos, excepto discusiones y peleas muy aisladas que lo hacen sentir triste y molesto según la entrevista al adolescente, debido a su impulsividad, y que Alberto valora con muy baja significación: “ellos me dicen cosas, pero yo también les digo, aquí todos se dicen cosas, eso es normal, a mí es al que no me gusta ser gordo, eso no me molesta tanto, lo que sí no me gusta es cuando me tengo que fajar, cuando me da genio algo y le voy para arriba al que sea” (Entrevista al adolescente).

Según la maestra, Alberto es un alumno inteligente, pero en ocasiones sus notas son regulares debido a que “le afecta la situación familiar en su casa y a veces no se logra concentrar bien, a pesar de ser inteligente” (Entrevista a la maestra). Por lo tanto, presenta algunas dificultades en sus resultados docentes que le generan ansiedad y miedo, fundamentalmente ante sus evaluaciones, además de vergüenza, ya que así mismo lo expresa Alberto en diversas técnicas: “no quisiera desaprobarme el grado. Mi mayor problema en la escuela es lengua española” (Entrevista al adolescente); “casi siempre necesito que me ayuden en las cosas que hago” (IPJ); “mis dos mayores problemas son: que mi papá no esté aquí y no pasar de grado, coger malas notas. Cuando cojo malas notas me siento avergonzado delante de mis compañeros por estar haciendo cosas que no debía hacer, como reírme” (Entrevista al adolescente).

Estas dificultades, por lo tanto, le generan temor, ansiedad y vergüenza (sobre todo ésta última cuando obtiene malas calificaciones), también relacionadas con su inseguridad. Las valora como amenazantes y conscientemente desea superar lo que para él es un defecto: “ser bruto”, no obtener buenas notas y comportarse de manera inadecuada en el aula. Se evidencia cómo este adolescente es capaz de considerar factores tanto individuales como externos, sociales, en la comprensión que logra de sus emociones.

Ante las situaciones anteriormente explicadas, Alberto refiere que lo que hace con más frecuencia es contárselo a su mamá o a su abuela, pero sólo en ocasiones muy aisladas, porque por lo general no le gusta “comentar sus cosas” (Entrevista al adolescente). Cuando

está triste refiere lo siguiente: “me distraigo en otra cosa, me pongo a jugar con mis amigos y se me va, sino voy para la casa de mi abuela y juego con mis primos, o en mi casa con mi hermanito”. Además, Alberto se esfuerza por ayudar a su mamá en todo lo que puede, de forma tal que intenta convertirse en un apoyo para ella en la situación tan difícil que tienen desde todo punto de vista.

Por lo tanto, se aprecia en Alberto un conocimiento de las causas que generan en él emociones negativas e intenta cambiar su estado emocional, a través de: solución de problemas, evita pensar en lo que lo hace sentir mal, distraer su pensamiento cambiando de actividades (distracción cognitiva), busca apoyo social (ayuda y consuelo), aunque no de forma frecuente.

No obstante, este proceso de afrontamiento emocional a las diversas situaciones difíciles se encuentra condicionado en alguna a sus características de personalidad en formación (introversión e inseguridad), así como la imposibilidad que tiene de controlar determinadas situaciones que no dependen de él, sino de los adultos que le rodean, especialmente los padres.

Finalmente, se puede afirmar que el contexto con mayor incidencia negativa en Alberto es el familiar y, en segundo lugar, la escuela.

Sujeto # 3.

Sujeto 3, a partir de ahora llamado José, tiene 11 años de edad, del sexo masculino y convive con su mamá, papá, abuelos maternos y tíos.

José proviene de una familia parcialmente funcional, aunque es preocupada por el adolescente y con buenas relaciones entre sus miembros y entre éstos y el adolescente. Existen estilos educativos inadecuados de inconsistencia, fundamentalmente entre los abuelos y la madre. En la entrevista a esta última, plantea: “mi mamá es muy buena con él, tan buena que a veces se le va la mano”. En cambio, la mamá refiere respecto a sí misma: “conmigo sí tiene que hacer las cosas bien hechas, yo no le doy, pero sí debe ser un

ejemplo y en cualquier caso contrario yo lo regaño, tiene que aprender”. Quizás sea por eso que José señala en la entrevista: “mi mamá pelea mucho conmigo”, lo cual, unido a la epilepsia que presenta la madre, ha hecho que José le haga rechazo a salir con ella, experimentando miedo en ese sentido.

Por un lado, la sobreprotección de los abuelos y, por otro, la rigidez de la madre, han influido en que José sea un adolescente con determinadas características de personalidad en formación, entre las cuales se destacan: el nerviosismo y la ansiedad, sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales, por lo que ha llegado a presentar onicofagia. Además, manifiesta inseguridad y miedo. De esta forma, expresa en el IPJ: “soy nervioso”, “menudo hago cosas de las que luego me arrepiento”, “tengo miedo a equivocarme”, “soy miedoso”, “mis padres esperan demasiado de mí”, “mis padres me tratan como a un niño chiquito”. Es por esto que se decidió aplicar el IDAREN, obteniendo un nivel medio de ansiedad como rasgo.

Por lo tanto, se evidencia cómo los elementos abordados sobre los estilos educativos en la familia, han propiciado estas características en José, que en varias ocasiones condicionan la aparición de emociones negativas, fundamentalmente el miedo y la ansiedad, con una intensidad baja pero con mucha frecuencia, lo cual se explica a continuación.

No se evidenciaron elementos negativos determinantes en cuanto al rendimiento académico del escolar, ya que según la revisión del expediente y las entrevistas realizadas (al adolescente, la madre y a la maestra), se aprecia un buen aprovechamiento docente de José. No obstante, su inseguridad y ansiedad personales, unido a los estilos educativos maternos, le ocasionan nerviosismo ante las evaluaciones: “no sé qué me pasa, cada vez que tengo una prueba me pongo muy nervioso, a veces me da miedo que se me olviden las cosas...si salgo mal a mi mamá le da un infarto” (Entrevista al adolescente). Las valoraciones que realiza José sobre estas situaciones, denotan la connotación que presentan para él, sintiéndose frecuentemente amenazado por la posibilidad de fracasar y las consecuencias que esto traería teniendo en cuenta la conducta de su mamá.

De igual manera, es un adolescente aceptado en el grupo de iguales, como se evidencia en el test sociométrico, donde obtiene 1 nominación positiva para el juego y 6 para el estudio por parte de sus compañeros de aula, lo cual actúa como factor protector y gratificante en lo que a emociones se refiere. Sin embargo, las relaciones con los coetáneos se han visto algo afectadas, debido a que José no presenta habilidades para los juegos de reglas deportivos, tan importantes en esta etapa, por lo que existen determinadas situaciones que influyen de manera negativa en su autoestima e incrementan su inseguridad (además de estar propiciadas por ella): “no soy bueno en los deportes” (Completamiento de frases); “los demás muchachos me fastidian porque soy malo en los deportes”, “preferiría jugar con muchachos más pequeños que yo” (IPJ). Lo anterior hace que José se siente mal con frecuencia en los juegos de este tipo y, para evitar sentirse triste, prefiere sentarse a conversar o, sencillamente, buscar juego pasivos como alternativa.

Pero en la Educación Física que se imparte en la escuela con una frecuencia de tres veces por semana, uno de los deportes que se practican con sistematicidad es el Fútbol, por lo que José refiere que obligatoriamente debe jugar este tipo de juegos, a pesar de no tener habilidades en este sentido: “lo que menos me gusta de la escuela es la educación física porque tengo que jugar fútbol” (Entrevista al adolescente).

De esta manera, entre las emociones negativas más frecuentes en José se encuentra el miedo, asociado fundamentalmente a las posibles equivocaciones en las evaluaciones, así como a los regaños que las mismas pudieran generar; es decir, a pesar de presentar un buen rendimiento docente, las sobre exigencias de su mamá hacen que José se preocupe por seguir obteniendo buenas notas y, en ocasiones, se sienta nervioso ante las evaluaciones, teniendo en cuenta sus características de personalidad en formación, explicadas con anterioridad. Por otra parte, también se evidenció en él la tristeza, muy relacionada con la ansiedad y el miedo, por no poder lograr determinadas metas en el ámbito de los juegos de reglas deportivos, típicos en la edad escolar, lo que provoca cierto rechazo de los iguales en el juego y conductas de evitación en el adolescente como recurso personal ante estas situaciones. Pero cuando no puede evitar este tipo de juegos, se genera en él ansiedad, porque está consciente de que no tiene las habilidades en dichos juegos y puede ser, por lo tanto, objeto de burlas en este sentido.

Partiendo de un conocimiento parcial sobre sus emociones negativas y las causas que la generan (parcial, porque este conocimiento se encuentra limitado fundamentalmente en lo relacionado a las causas internas, como sus características de personalidad en formación, aunque reconoce su carencia de habilidades para los juegos de reglas deportivos), la forma en que enfrenta José este tipo de situaciones difíciles que le producen determinadas emociones negativas, se caracteriza en algunos casos por la evitación, selección de la estimulación del contexto, es decir, determinados compañeros de juego y rehuyendo aquellas situaciones que les generan emociones negativas, así como las denominadas estrategias internalizantes (ansiedad, conductas de preocupación).

En relación con esto, comunica parcialmente sus problemas, preocupaciones y miedos a alguna de las personas que le rodean. Es significativo señalar que la madre no conoce estas dificultades y según José, habla “un poco” de esto con la abuela, pero no lo suficiente porque ella “no lo puede ayudar” (Entrevista al adolescente).

Se aprecia que estas estrategias utilizadas por José actualmente no son suficientes para disminuir las vivencias negativas que se están generando en él.

Sujeto # 4.

Sujeto 4, a partir de ahora nombrado María, tiene 10 años, del sexo femenino y convive con su mamá.

María se mostró en todo momento muy seria, pero contestando adecuadamente a las preguntas que se le realizaban en las diferentes técnicas que se llevaron a cabo, de forma rápida, evidenciándose en ella tranquilidad y pasividad. De esta misma forma, se refiere a ella su maestra: “es muy disciplinada, tranquila, pero no le gusta participar mucho, es más bien tímida”. No obstante, María también reconoce que se altera fácilmente, que es impulsiva y muy insegura. En el IPJ, lo expresa de la manera siguiente: “me altero fácilmente”, “a menudo hago cosas de las que luego me arrepiento”, “no tengo confianza y seguridad en mí misma”. Todas estas características son reafirmadas por la madre en la entrevista.

En relación con lo anterior, María no es seleccionada por ninguno de sus compañeros de aula cuando se aplica el test sociométrico. Sus relaciones con los iguales en la escuela son prácticamente nulas, lo cual la hace sentirse sola y sin nadie de su edad con quien compartir juegos, preocupaciones, ideas. En la técnica de las Historias Proyectivas, en el ítem # 8, expresa: “el niño se pone triste porque no tiene amigos y es muy pesado”; en el ítem 3: “el niño está pensando que sus compañeritos no quieren jugar con él”; mientras que en el IPJ señala: “yo desearía por lo menos tener un buen amigo”, “a menudo me siento sola” y en la entrevista plantea: “no me gusta jugar mucho con las niñas de aquí, más bien juego sola, es que son muy pesadas”.

Por lo tanto, se aprecia cómo el hecho de no tener amigos de su edad en ocasiones le produce tristeza, debido a que se siente muy sola y rechazada. Reiteradamente se ha destacado el papel que juegan las relaciones con los coetáneos en la esta etapa del desarrollo. Es evidente que las relaciones bien ajustadas con los iguales satisface una de las necesidades emocionales básicas de la especie humana, la de sentirse aceptado, integrado entre los compañeros y vinculado afectivamente con los iguales a través de las relaciones de amistad. También se conoce que, en la medida que avanzan en edad, los iguales como agentes socializadores son más influyentes que los padres, puesto que pasan mayor tiempo entre ellos; por lo tanto, los conflictos en el curso de estas relaciones tendrán una repercusión notable en el bienestar emocional del adolescente, llegando a producirse, incluso, ansiedad y depresión.

De esta manera, la propia adolescente valora esta área de su vida en el sentido de pérdida, lo cual le hace sentir tristeza, que continuamente refiere en las diversas técnicas, como algo que le sucede frecuentemente y le ocasiona apatía, desánimo, desesperanza y desmotivación.

En cuanto a los resultados docentes de María, son satisfactorios al igual que sus relaciones con la maestra actual, por lo que, en este sentido, no se evidencia ninguna dificultad.

Sin embargo, en el área familiar también se evidencian conflictos. Si bien su mamá mantiene una relación afectiva muy estrecha con ella, puede afirmarse que es una familia disfuncional por varias razones, muchas de las cuales generan emociones negativas en la adolescente. Sus padres están divorciados desde que ella tenía 5 años. Luego, la madre volvió a casarse, refiriendo que el padrastro regañaba a María por todo y no era cariñoso con ella (Entrevista a la mamá). Hace aproximadamente un año que se divorciaron, por lo que actualmente conviven sólo madre e hija.

El mayor problema que define María es que su papá no la viene a ver, tal y como lo refleja en su dibujo, que titula: "Mi mayor problema es que mi papá no me viene a ver". Plantea que lo extraña y esta separación de los padres le produce gran sufrimiento, reflejándolo en múltiples técnicas. En las Historias Proyectivas refiere: "lo puso nervioso: que su mamá y su papá se separaron", "los momentos más felices de mi vida: es cuando mi papá y mi mamá están juntos", "los padres están hablando del matrimonio. El hijo se sentiría triste porque su madre y su padre se separaron". También en el IPJ señala: "yo desearía que mi papá estuviera más tiempo en la casa". En el Completamiento de frases, las frases 3, 4, 18, 25 y 23 se refieren a: que piensa en su papá, que su papá vuelva con su mamá, es triste que su papá esté lejos de ella, es alegre tenerlos a los dos a su lado, su aspiración es que su papá viniera a verla. En la entrevista explica: "desde noviembre mi papá no viene a verme; antes, en cuarto grado venía a verme todos los fines de semana. A veces me pongo triste porque lo extraño, me da ganas de llorar".

Se percibe entonces la tristeza que ocasiona la ausencia del padre en María, manifestándolo continuamente, por lo que se puede afirmar que es con una frecuencia media (la adolescente refiere que no es todos los días, sino a veces, durante la semana, cuando se siente más sola) y una intensidad alta.

Otro de los elementos que afectan desde el funcionamiento familiar es la carencia afectiva que María siente, no sólo por parte del padre como se ha venido explicando. Aunque las relaciones afectivas con la madre son adecuadas como ya se mencionó, existen castigos y regaños frecuentes, fundamentalmente en torno al estudio, a pesar de que la niña obtiene

buenos resultados y a indisciplinas en la casa: “mis padres esperan demasiado de mí”, “mis padres me regañan mucho para que estudie” (IPJ). Esto le molesta a María y debe considerarse parcialmente significativo desde el punto de vista emocional, ya que así se refleja por parte de la madre y la niña: “ella es muy fuerte, si uno no la regaña duro, no entiende, verdad que yo llego cansada, alterada, no resisto nada, pero es que ella no es fácil” (Entrevista a la madre). Mientras que María en varias técnicas y, a veces en reiteradas ocasiones, expresa que no le gusta que la regañen, que le molesta que le castiguen o la regañen por gusto y que su mayor dificultad es portarse mal en la casa (Completamiento de frases y entrevista al adolescente).

Aunque estas situaciones de regaño y castigo se dan de manera frecuente, generándole fundamentalmente “rabia”, ira, no se evidenciaron niveles significativos de expresión emocional en este sentido, a pesar de ser una adolescente con las características de personalidad en formación ya mencionadas.

Por otra parte, también relacionado con el contexto familiar, en el piso de arriba de su casa convive su primo con su esposa, entre los cuales ocurren discusiones y peleas fuertes, varias veces en el mes. La mamá, en relación con esto, expresa: “a veces dos y tres veces en el mes se fajan” (Entrevista a la madre); también María plantea: “se pasan la vida fajados y yo me altero, por eso me meto para adentro de la casa corriendo, me provoca nerviosismo” (Entrevista a la adolescente). Se aprecia cómo estas discusiones le generan miedo y, en ocasiones, ansiedad, a pesar de no ocurrir frecuentemente.

María valora estas situaciones como algo amenazante, refiriendo que siempre espera que pase “lo peor” y ocurra una desgracia, por lo que cuando comienzan las discusiones se pone un poco ansiosa: “le tengo tanto miedo a que pase algo, que aunque se terminen de fajar, mi mamá me tiene que decir que me olvide de eso para que yo coma tranquila” (Entrevista a la adolescente); “no siempre, pero a veces, cuando la cosa llega a los extremos, se pone que hasta le sudan las manos” (Entrevista a la madre).

Uno de los mayores problemas relacionados con el funcionamiento familiar, que se vincula también con la carencia afectiva notable expresada por la adolescente, es el hecho de que

tres ó cuatro veces por semana la mamá trabaja hasta la madrugada, por lo que ella debe quedarse desde que sale de la escuela con la abuela materna, con la cual mantiene una relación bastante fría y distante, haciéndola sentir muy sola: “a menudo me siento sola”, “yo desearía que mi mamá estuviera más tiempo en la casa” (IPJ); “cuando me quedo con mi abuela me siento sola, ella no es como mi mamá, mi abuela siempre está atareada, no juega, mi mamá aunque esté atareada juega conmigo” (Entrevista a la adolescente).

Es decir, que esta situación ocurre la mitad de los días de la semana, lo que, unido a la ausencia física y afectiva del padre, la hacen sentir muy sola y en ocasiones triste.

De esta forma, se evidencia el medio familiar como el de mayor repercusión en la esfera emocional de María. Sus características de personalidad en formación no favorecen su integración al grupo de iguales, que pudieran convertirse en una fuente de apoyo en este sentido. Lo que mayormente hace cuando se pone triste es: “cuando pienso en eso, en que extraño a mi papá, me pongo a hacer otra cosa, juego con algún amiguito del barrio (más chiquitos que ella) o con mi mamá si está, se lo digo a ella, hablamos de estas cosas” (Entrevista a la adolescente). Aunque busca apoyo en su mamá, no es suficiente, pues las redes de apoyo que tiene son escasas.

Aunque se evidencia un conocimiento por parte de la adolescente de todas aquellas emociones negativas que experimenta y las causas relacionadas, muchas de estas causas no pueden ser controladas por ella para atenuar dichas emociones, ya que dependen de los adultos que le rodean. Debido a las propias características del autoconocimiento en esta etapa evolutiva, tampoco se evidencia profundidad en las reflexiones que María establece, sobre las características y habilidades personales y sociales que debería mejorar para lograr una mejor inserción en el grupo de iguales.

También se aprecia que las estrategias que más predomina en ella para enfrentar estas situaciones, son las de buscar apoyo social (aunque en estos momentos cuenta solamente con su madre); seleccionar la estimulación del contexto, es decir, determinados compañeros de juego, en este caso menores que ella; evita pensar en lo que lo hace sentir mal, distraer su pensamiento cambiando de actividades (distracción cognitiva); así como

las denominadas estrategias internalizantes (tristeza, conductas de preocupación) y externalizantes (culpar a los otros).

Sujeto # 5.

Sujeto 5, a partir de ahora nombrado Betty, tiene 11 años de edad, del sexo femenino y convive con su mamá y 3 hermanos menores. Betty es una niña alegre, muy risueña, sociable y muy optimista.

En la familia, según lo que se pudo constatar, existieron discusiones frecuentes entre la mamá y el papá de Betty, razones por las cuales estuvo muy ansiosa en la escuela, según refiere la maestra en la entrevista. Esto se evidenció, además, en la entrevista a la mamá: “cuando nos veía discutiendo, se ponía mal y terminaba llorando”. Luego, los padres de Betty se divorciaron (hace 6 meses) y ahora viven separados, lo cual hace que esta adolescente sienta tristeza por esta situación, según refiere: “lo que a veces me pone triste es que mi papá y mi mamá se separaron” (Entrevista a la adolescente); de igual manera titula su dibujo: “Mi mayor problema: mi familia y yo”, dibujándose junto a su mamá, su papá y sus hermanos. Además, en el IPJ señala: “quisiera que mi papá estuviera más tiempo en la casa” y en el Completamiento de frases refiere: “mi mayor aspiración: que mi papá y mi mamá se quisieran mucho”. Sin embargo, según refiere la mamá, ella entiende y asimila “bastante bien” la situación: “está clara de que lo mejor es que vivamos separados, así estamos todos contentos” (Entrevista a la adolescente).

Es así que puede afirmarse que para Betty la separación de sus padres constituye una fuente de tristeza, porque “extraña” a su papá, por lo que en ocasiones piensa en esta pérdida y siente deseos de llorar, así como desmotivación por lo que se encuentra realizando en ese momento. No obstante, Betty habla de esto con mucha naturalidad, mostrándose conciente de las vivencias negativas que dicha situación le genera y, a la vez, expresando todas aquellas acciones que lleva a cabo para dejar de pensar en ello, pues no le gusta estar triste: “que va, cuando yo veo que estoy extrañando a mi papá enseguida busco algo que hacer, además, como le ayudo a mi mamá con mis hermanitos, me paso el día entretenida” (Entrevista a la adolescente).

Desde el punto de vista familiar, no se aprecia ninguna otra dificultad que pueda estar generando displacer en esta adolescente.

En el contexto escolar, Betty es una niña “promedio”, según refiere la maestra y lo que aparece en el expediente escolar, así como lo expresado por la propia Betty en el Completamiento de Frases: “las calificaciones son regulares”. No se aprecian dificultades en este sentido: “nunca he desaprobado una prueba, no es algo que me preocupe” (Entrevista a la adolescente)

En el test sociométrico aplicado, obtuvo tres nominaciones negativas para el estudio, lo cual se explica por su rendimiento docente, mientras que para el juego no es seleccionada. Sin embargo, tampoco se reflejan dificultades en lo relacionado con los coetáneos. Según la mamá, “en el barrio tiene muchas amiguitas y se lleva muy bien con ellas” (Entrevista a la madre). Además, en ninguna de las técnicas aplicadas se reflejan por parte de Betty cuestiones negativas en este sentido, por lo que, a pesar de tener pocas relaciones en la escuela, no se siente rechazada.

En lo anterior influye también la religión que practica (Testigo de Jehová), donde le enseñan qué amistades debe tener, sintiéndose satisfecha en este sentido, ya que sus “mejores amiguitas” son las que viven por su casa y que comparten con ella sus creencias (entrevista a la mamá y a la adolescente).

De esta manera, la mayor fuente de emociones negativas de esta adolescente, se relaciona con la separación de sus padres, lo cual le produce principalmente tristeza. Cuando se siente así, generalmente juega con los coetáneos de su comunidad, con sus hermanos o conversa con su mamá, quien mantiene una relación estrecha con ella, “por ser la mayor de todos sus hijos y la única hembra, es quien ayuda en todo en la casa” (Entrevista a la madre).

Las características de personalidad en formación, fundamentalmente el optimismo y una adecuada autoestima, favorecen el estado emocional positivo que generalmente presenta Betty. A pesar de tener como único apoyo a su mamá, la comunicación estrecha que existe

entre ambas propicia que la búsqueda de dicho apoyo posibilite la atenuación de emociones negativas en la adolescente, relacionadas con la separación de su papá. También evita pensar en lo que la hace sentirse mal, tratando de distraer su pensamiento cambiando de actividades (distracción cognitiva), todo lo cual contribuya a situación anteriormente descrita de Betty en cuanto a su funcionamiento emocional.

Sujeto # 6

El sujeto 6, a partir de este momento nombrado Pedro, tiene 11 años de edad, del género masculino. Convive con su mamá, papá, abuelos y hermano de dos años.

Durante la aplicación de las todas las técnicas se mostró generalmente ansioso, intranquilo, aunque concentrado en las tareas. Se debe señalar que en varias oportunidades se tomó afectivamente al conversar de sus mayores problemas.

En la entrevista a la madre se reafirmó que es un adolescente muy nervioso, intranquilo, que en ocasiones se muestra ansioso: “normalmente tiene momentos que parece que me va a volver loca, como si estuviera nervioso, le cuesta estar tranquilo en la casa”, “es un niño que se asusta por todo, coge mucha lucha con las cosas”.

Como datos significativos, también en la entrevista a la mamá, se evidenció que Pedro convive en una familia parcialmente funcional, sin dificultades importantes que puedan afectarle emocionalmente de manera inmediata, pero sí a largo plazo, como se explicará más adelante.

El evento más significativo en los últimos años se relaciona con el nacimiento de un hermano, hace dos años, momento en que Pedro se mostró más intranquilo y ansioso de lo acostumbrado pero el adecuado manejo familiar contribuyó a que este evento no trascendiera con consecuencias negativas: “estuvo unos días un poco celoso, más intranquilo en las clases, la maestra me lo dijo, pero yo lo ponía a ayudarme, traté de no descuidarlo a pesar del poco tiempo” (Entrevista a la mamá). Efectivamente, así lo refieren también Pedro y su maestra, ya que en el Completamiento de Frases Pedro escribe: “lo

más querido: a mi hermano y familiares”, “es una felicidad: tener un hermano”; también en la entrevista al adolescente, refiere: “uno de los momentos más felices es cuando juego con mi hermano”. La maestra, por su parte, plantea: “después que nació el hermano estuvo más intranquilo, pero mejoró” (Entrevista a la maestra).

Como aspectos que interfieren el desarrollo de Pedro dentro de su familia, se evidenciaron, por un lado, la existencia de estilos educativos sobreprotectores y, por otro, determinadas dificultades en la comunicación del niño con sus padres.

En cuanto al estilo educativo de sobreprotección, éste se manifiesta fundamentalmente en la madre de Pedro, influido por ser hijo único hasta los nueve años, además de varias enfermedades que ha presentado el adolescente, entre ellas la pérdida de la audición de un 50% en el oído derecho. Es también una mamá ansiosa, temerosa, que lo cuida en exceso de todos los peligros y dificultades, condicionando en gran medida las características de la personalidad en formación de Pedro, tal y como se abordará más adelante: “mi mamá me trata como a un niño chiquito, aunque ya no tanto” (Entrevista al adolescente). En este sentido, la madre refiere: “es que yo no me podía controlar, ya he ido cambiando un poco, sobre todo después que nació el más chiquito, pero antes me moría si estaba mucho rato afuera, no me sentía tranquila si no estaba con él en todo, ayudándolo en todo, pobrecito” (Entrevista a la madre).

En cuanto a las dificultades en la comunicación de Pedro con sus padres, estas se deben fundamentalmente a sus propias características de personalidad en formación, ya que es un niño muy introvertido; en este sentido, la maestra refiere: “aunque es sociable, es penoso, a uno le cuesta trabajo saber lo que siente, no es como otros que te hablan y hablan” (Entrevista a la maestra); mientras que la mamá expresa: “es muy difícil saber lo que está pensando, a él no le gusta hablar de sus problemas”. También durante las técnicas Pedro ofrecía mayormente respuestas cortas, generalmente monosílabos.

Por lo tanto, en el análisis realizado hasta el momento, se evidencian una serie de características de personalidad en formación, que pueden incidir negativamente en el desenvolvimiento de Pedro en las diferentes áreas o contextos. Además de ser ansioso e

introvertido, se pudo apreciar que es inseguro y con baja tolerancia a la frustración, con muy poca asimilación de la crítica, genioso, con baja autoestima, complejista, lo cual se vio reflejado en su expediente escolar, donde se recomienda no llamarle la atención delante de sus compañeros, porque no es capaz de asimilar la crítica en presencia de estos. En el IPJ, Pedro escribe: “soy susceptible y me ofendo con facilidad”. Según la maestra, “es un niño que sale muy bien las pruebas, pero necesita que lo estimulen para que participe, a veces es muy conversador e intranquilo. Cuando se imagina que está mal lo que está haciendo, ahí mismo se bloquea; es inteligente, pero siempre piensa que va a salir mal” (Entrevista a la maestra). En el Completamiento de frases expresa: “Las calificaciones: me preocupa no coger buenas notas”.

Al aplicarle el IDAREN, los resultados arrojaron un nivel medio de ansiedad rasgo, lo cual confirma algunos de los aspectos referidos.

Muy relacionado con lo anterior, Pedro expresa que le da “roña cuando le dicen nombres” (Rombo afectivo), comprobándose que presenta dificultades en su relación con los iguales. A pesar de no ser un niño rechazado (en el test sociométrico obtiene tres nominaciones positivas para el juego y cuatro en el estudio por parte de sus compañeros de aula), la interacción con los coetáneos se convierte en una fuente importante de emociones negativas, específicamente de ira o enfado y con frecuencia media, prácticamente la mitad de los días en que asiste a la escuela. En el IPJ refiere: “los demás muchachos me fastidian por lo que luzco”, “ los demás muchachos me fastidian porque soy malo en los deportes”; mientras que en la entrevista al adolescente, plantea: “me dicen gordo y eso me da genio”, “ muchas veces me voy para que me dejen tranquilo”. Cuando esto sucede, según comenta la maestra (Entrevista a la maestra), ocurren cambios de coloración en él y se pasa largo rato serio, sin hablar con nadie, mayormente se aísla un poco.

Como puede apreciarse, lo anterior se vincula a determinadas características de Pedro, las cuales inciden en que valore estas situaciones con los iguales como una ofensa contra sí mismo y reaccione con ira, propiciado por su geniosidad e impulsividad. Se debe resaltar

cómo las causas que provocan ira en los adolescentes son principalmente de orden social. En el caso de Pedro, radican en ser objeto de burlas (mayormente por su aspecto físico, que va cobrando cada vez mayor importancia en la formación y desarrollo de su autoconcepto. Precisamente, según los diferentes autores referidos en capítulos anteriores, la vida emocional del escolar se modifica radicalmente de acuerdo al desarrollo del autoconocimiento en esta etapa, influyendo de manera decisiva los fracasos, sobre la base de la conciencia cada vez mayor que se tiene acerca de ellos. Cuando se presentan situaciones de este tipo en la relación con los iguales, las consecuencias para la vida emocional suelen ser más graves, debido a la importancia creciente que éstos van ocupando para el adolescente.

Es importante señalar que uno de los principales problemas referidos por Pedro actualmente (reflejado en el Dibujo “Mi mayor problema es...”) es el siguiente, tal y como él lo nombra: “tengo miedo llegar tarde a la escuela”. Resulta curioso que él siempre ha asistido puntual, pero, debido a la propia ansiedad que lo caracteriza, experimenta incertidumbre ante la posibilidad de llegar tarde y lo percibe como una amenaza. En la entrevista a la mamá, ésta señala: “muchas veces me pregunta por la noche si puse el reloj en hora y cuando se levanta si por casualidad es diez minutos más tarde, coge una lucha porque piensa que va a llegar tarde”. El adolescente, en este sentido, refiere: “es que no me gusta llegar tarde, no sé por que siempre me parece que me va a coger tarde” (Entrevista al adolescente).

De esta forma las principales áreas o situaciones que pudieran generar emociones negativas en Pedro son: las relaciones interpersonales con los iguales y las propias características de personalidad en formación, las cuales inciden en las dificultades en dichas relaciones, además de generar estados medianamente frecuentes de malestar como la ansiedad, ante situaciones que normalmente no deberían afectarle.

Por lo tanto Pedro vivencia la ira, el enfado, con una frecuencia media e intensidad variable (por lo general media), vinculada fundamentalmente a las relaciones con los iguales. También están presentes en él el temor y la ansiedad ante situaciones donde se siente

evaluado, presionado a cumplir metas, aunque generalmente ocurre con frecuencia e intensidad bajas.

Al indagar en la forma en que Pedro enfrenta tales situaciones, en primer lugar se evidenció cómo existe en él un conocimiento parcial sobre sus emociones y las causas que las generan, ya que conoce y describe todas aquellas situaciones que le producen vivencias negativas, pero es incapaz de percibir que sus propias características personales lo hacen sentir así muchas veces. Por supuesto, no existen dudas de que aún existen limitaciones en cuanto al autoconocimiento en esta etapa del desarrollo, que explican lo anterior.

Las principales estrategias que utiliza Pedro son las de evitación (no trata de solucionar el problema, mas bien se aísla para calmar la ira por sus iguales), seleccionando la estimulación del contexto, es decir, determinados compañeros de juego y rehuendo aquellas situaciones que les generan emociones negativas, así como las denominadas estrategias internalizantes (ansiedad, conductas de preocupación) y externalizantes (culpar a los otros). En relación con esto, tampoco comunica sus problemas, preocupaciones miedos a alguna de las personas que le rodean. Es significativo señalar que la madre no conoce estas dificultades. Por lo tanto, no busca apoyo social.

Se aprecia que estas estrategias que utiliza Pedro actualmente no son suficientes para disminuir las vivencias negativas que se están generando en él. Es un adolescente con tendencia a manifestar ansiedad ante diversas situaciones, así como ira ante las burlas o cuestiones que siente amenazadoras para su persona, aislándose en ocasiones y reprimiendo o introvertiendo las emociones, lo cual puede generar aún más daño desde el punto de vista emocional.

Sujeto # 7.

Sujeto # 7, a partir de este momento nombrado Ernesto, que tiene 12 años y del sexo masculino, convive con su mamá, papá y hermana. Actualmente, esta última se encuentra cumpliendo misión en el extranjero.

Ernesto forma parte de una familia funcional, donde existen relaciones armónicas entre sus miembros y adecuada comunicación. En ninguna de las técnicas aplicadas se reflejan dificultades en este sentido. No obstante, la mayor fuente de emociones negativas se encuentra precisamente en este contexto, debido a la ausencia de la hermana actualmente.

A pesar de que la madre y el padre mantienen relaciones adecuadas con él, la mayor relación afectiva era entre Ernesto y la hermana: “ella me ayudaba en las tareas, me mortificaba, jugaba conmigo, yo la extraño mucho, no veo la hora en que venga” (Entrevista al adolescente); “es triste que un familiar viaje a otro país” (Completamiento de frases); “a él le ha afectado la ausencia de la hermana y eso que tratamos de conversar mucho con él, entretenerlo, pero es que era una relación muy unida” (Entrevista a la madre); “él sigue saliendo bien, pero yo sé que extraña mucho a la hermana porque él mismo me lo dice” (Entrevista a la maestra); “extraño a mi hermana” (Título del Dibujo “Mi mayor problema es...”).

Como puede apreciarse, la ausencia de la hermana no sólo genera tristeza, sino también ansiedad. Con relación a la tristeza, la no presencia de la hermana le produce en ocasiones deseos de llorar o reacciones cortas de apatía y desmotivación (fundamentalmente cuando va a realizar actividades que usualmente compartía con ella). Respecto a la ansiedad, el propio adolescente y la madre refieren que cuando éste piensa en la ausencia de su hermana, quisiera que llegara pronto y se muestra un poco más intranquilo, inquieto en ocasiones, fundamentalmente en la casa.

Ernesto se mostró durante las técnicas algo nervioso y ansioso y se pudo constatar que, ante determinadas situaciones, se manifiesta de igual manera. Es por esto que en el ámbito escolar, fundamentalmente en situaciones evaluativas, se pone nervioso: “las calificaciones me ponen nervioso” (Completamiento de Frases); “las pruebas me ponen nervioso, siempre, hasta que no veo la prueba no me relajo” (Entrevista al adolescente). Por lo tanto, se decidió aplicar el IDAREN, ya que la madre refirió también en este sentido que Ernesto, ante situaciones similares, se pone nervioso: “cada vez que el papá viaja a la Habana, le da miedo, se preocupa mucho, se pone nervioso y piensa en si tiene un

accidente en la autopista. Yo en parte tengo un poco de culpa, ya que también me pongo muy mal cuando veo que es de noche y no llega y creo que yo le he pegado eso al niño” (Entrevista a la madre).

Los resultados del IDAREN corroboran lo anterior, obteniéndose un nivel medio de ansiedad como rasgo, en lo cual ha incidido fundamentalmente la madre, que presenta también algunas características ansiosas.

Las situaciones que Ernesto valora como amenazadoras, ocasionándole ansiedad y temor, se vinculan fundamentalmente a determinadas evaluaciones y a los viajes del padre a la Habana, siendo situaciones aisladas pero que le producen reacciones incluso fisiológicas: “me altero, me siento un salto adentro y me pongo por momentos que no sé que hacer para controlarme” (Entrevista al adolescente).

El propio Ernesto expresa que cuando se siente así, él mismo debe cambiar esos pensamientos negativos por otros positivos, optimistas, o ponerse a hacer otra cosa: “yo trato de relajarme, pienso que no va a pasar nada, que se retrasó por algo que no es malo. Con las pruebas, duermo bien la noche anterior, siempre con el pensamiento de que voy a salir bien. No converso con nadie, lo que hago es pensar en algo bueno” (Entrevista al adolescente).

Ernesto es un adolescente que resalta por su madurez psicológica con relación a otros adolescentes de su edad. Él posee un autoconocimiento de todas aquellas características personales que posee, las cuales muchas veces inciden en su “nerviosismo”, por lo que se evidencia en él uno de los logros referidos en la bibliografía sobre el tema, relacionado con el hecho de que hacia los 10 años aproximadamente, se aprecia la capacidad de los niños y adolescentes para considerar factores individuales, como la personalidad y la experiencia previa, en la comprensión de sus propias emociones.

También se pone de manifiesto cómo se habla a sí mismo para regular sus emociones, evitando pensar en lo que le molesta e intentando distraer el pensamiento cambiando de

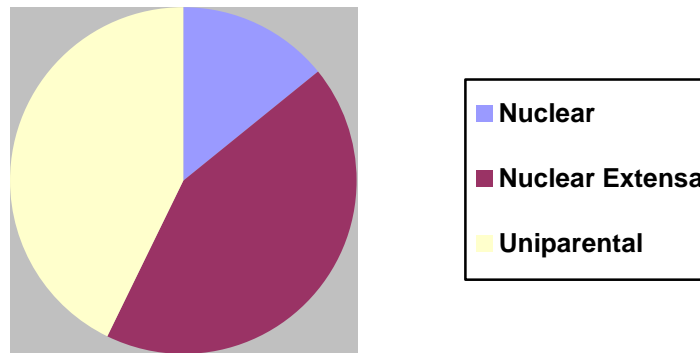
actividades. Por lo tanto, trata de dar solución a este problema y, aunque no conversa con su mamá sobre estas cosas (porque, según él mismo refiere, evita ponerla más nerviosa), se aprecia en él un control de las emociones negativas que experimenta, logrando que no interfiera de manera significativa en su vida cotidiana. Todo lo anterior se ve favorecido por la autoestima alta que posee.

3.2 Análisis del grupo de adolescentes hipertensos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los estudios de casos anteriormente analizados, a continuación se abordarán los aspectos principales que pudieran ser comunes a estos adolescentes hipertensos en cuanto a las características de su funcionamiento emocional. Es importante señalar que el principal objetivo de dichos estudios de caso, más que llegar a generalizaciones, es comprender la relación existente entre los mismos, valorando el aporte que cada uno ofrece al presente estudio como totalidad.

Teniendo en cuenta los tipos de familias a las que pertenecen los adolescentes hipertensos, se constató que tres de ellas son uniparentales, mientras que el resto son nucleares (una), y nuclear extensa (tres). Como se puede apreciar, en casi la mitad de las familias ha tenido lugar el divorcio entre los padres (43%), recayendo en la madre fundamentalmente la mayor parte de todas las funciones y roles en el hogar. Este constituye un elemento importante que repercute en el bienestar de los adolescentes, al cual se agrega la ausencia física y emocional del padre como se evidenció en varios de los casos analizados.

Gráfico # 1. Tipos de familias en el grupo de adolescentes hipertensos.



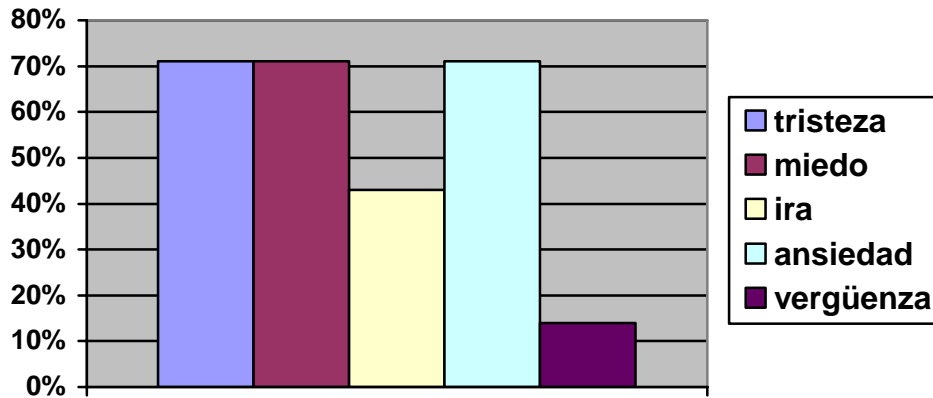
En cuanto a las emociones negativas más frecuentes en los adolescentes hipertensos estudiados se encuentran, en primer lugar, la ansiedad, la tristeza y el miedo, las tres presentes en cinco de los siete casos (71%), mientras que la ira estuvo presente en tres casos (43%), y la vergüenza solamente en uno de ellos (14%).

En cuanto a la intensidad y frecuencia de cada una de estas emociones en los adolescentes hipertensos, se presentaron como aparece a continuación:

Tabla # 1: Frecuencia e intensidad de las emociones negativas en los adolescentes hipertensos.

Emociones	Intensidad						Frecuencia					
	alta		media		baja		alta		media		baja	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tristeza	3	43	2	29	0	0	2	29	1	14	2	29
Miedo	2	29	1	14	2	29	2	29	1	14	2	29
Ansiedad	1	14	2	29	2	29	1	14	2	29	2	29
Ira	1	14	1	14	1	14	2	29	1	14	0	0
Vergüenza	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14

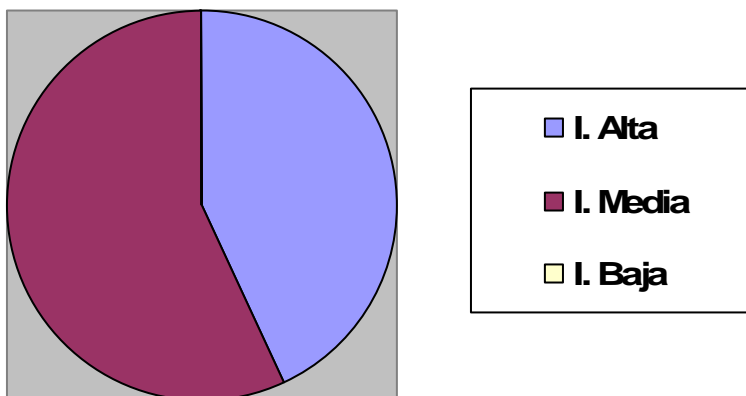
Gráfico # 2. Repertorio de emociones negativas en los adolescentes hipertensos



Tomando en cuenta los resultados encontrados en el grupo de adolescentes hipertensos, se puede apreciar en cuanto al repertorio de emociones negativas, que predominantemente se presentaron de una a dos emociones negativas (en cuatro adolescentes hipertensos), mientras que en dos casos se evidenciaron de tres a cuatro emociones y en uno de ellos, cinco emociones negativas.

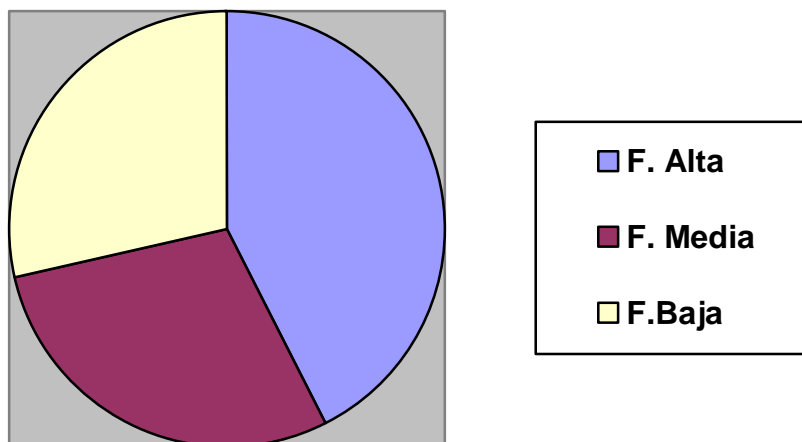
En cuanto a la intensidad con que experimentan estas emociones negativas, de forma general, se observaron niveles altos en tres casos (43%), niveles medios en cuatro casos (57%), siendo notable que ningún adolescente hipertenso obtuviera niveles bajos en cuanto a la intensidad de sus emociones negativas de forma general.

Gráfico # 3: Intensidad general de las emociones negativas en los adolescentes hipertensos:



Sobre la frecuencia con que comúnmente se manifestaron las emociones referidas, en tres casos fue alta (43%), mientras que dos adolescentes presentaron una frecuencia media (29%), y el resto baja (29%).

Gráfico # 4: Frecuencia general de las emociones negativas en los adolescentes hipertensos:



Por otro lado, en el grupo de adolescentes hipertensos no se presentaron diferencias significativas en las diversas categorías e indicadores analizados, atendiendo al sexo o la edad, excepto en lo relativo a la emoción de miedo. En este sentido, la presencia, frecuencia e intensidad del miedo se comportó significativamente mayor en los varones que en las hembras.

Realizado el análisis de las emociones negativas más predominantes en el grupo de adolescentes hipertensos, así como su frecuencia e intensidad, se procede a analizar las causas de dichas emociones, comenzando por la tristeza.

En relación con la tristeza, se puede afirmar que el contexto familiar fue el de mayor incidencia. La carencia afectiva constituyó la causa más frecuente de esta emoción (en cuatro adolescentes hipertensos, representando un 57 %), vinculada mayormente al divorcio de los padres. Se destaca la ausencia física y emocional de la figura paterna en tres casos, siendo éstas familias uniparentales; mientras que en el otro, la carencia afectiva se produce por estilos educativos de ambos padres donde predomina la indiferencia y la despreocupación, en una familia de tipo nuclear. La sobrecarga de roles por parte de la figura materna es otro factor que se suma a lo anterior en dos de los casos de familias uniparentales: “me siento solo”, “quisiera que mi papá estuviera más tiempo en la casa”, “quisiera que mi mamá estuviera más tiempo en la casa” (IPJ); “Mi mayor problema es que mi papá no está aquí conmigo” (Dibujo del tema sugerido); “es triste que mi papá esté lejos de mí” (Completamiento de Frases).

Otros elementos relacionados con el contexto familiar que determina la presencia de tristeza en los adolescentes hipertensos, son los conflictos y discusiones entre los miembros de la familia, específicamente entre la madre y el padre (dos casos): “el niño se siente triste porque su mamá y su papá se fajaron” (Historias Proyectivas); “(...) el sufrimiento que Alberto tiene es por las discusiones de sus padres” (Entrevista a la maestra).

En dos adolescentes, la principal causa de tristeza se relacionó en uno de ellos con la ausencia física de la hermana y en el otro, con estilos educativos de rigidez, caracterizados

por el maltrato físico y verbal al menor por parte de los padres: “es triste cuando me dan porque hago algo malo” (Entrevista al adolescente).

El segundo contexto de mayor importancia en cuanto a las causas de tristeza, lo constituyó la relación con los coetáneos, donde se presentaron conflictos entre el adolescente hipertenso y sus compañeros del grupo escolar generalmente, siendo tres los casos en este sentido. El centro de los conflictos fue la burla y el rechazo por parte de los iguales, sobre la base de los siguientes elementos: el aspecto físico, la escasas habilidades para el juego de reglas de tipo deportivo, así como determinadas características de personalidad en formación, tales como irritable, pasivo, impulsivo, genioso, inseguro y agresivo: “yo desearía por lo menos tener un buen amigo” (IPJ); “al niño lo pone triste...porque no tiene amigos y es muy pesado” (Historias Proyectivas); “los demás se burlan de mí porque soy malo en los deportes, a veces me dan ganas de llorar cuando después pienso en eso” (Entrevista al adolescente).

De forma general, en relación con la tristeza, el contexto que más incidencia tuvo fue el familiar, así como la relación con los iguales en segundo lugar.

Se considera necesario abordar lo referente a las causas de la ansiedad y el miedo de manera integrada, ya que los resultados encontrados con respecto a ambas emociones por lo general coinciden en los casos estudiados.

En primer lugar, se reitera la familia como el contexto de mayor incidencia en dichas emociones. En este sentido uno de los aspectos más frecuentes fueron los conflictos entre ambos padres, en dos casos y entre otros miembros de la familia en uno de ellos: “me preocupa mi mamá y mi papá, se fajan y eso me pone muy nervioso”; “cuando ellos se fajan no sé por lo que me da, hasta siento que me sudan las manos” (Entrevista al adolescente); “el miedo: que mi mamá y mi papá se fajen” (Rombo Afectivo).

También el estilo educativo rígido, con predominio o no del maltrato físico, ocasiona miedo y ansiedad en dos adolescentes hipertensos: “él se pone muy nervioso para las pruebas, sabe que si sale mal la mamá lo mata” (Entrevista a la maestra); “miedo: que me den”

(Rombo Afectivo). Por otra parte el estilo educativo sobreprotector tiene una incidencia importante en la manifestación de la ansiedad y el miedo, específicamente en dos casos: “yo en parte tengo un poco de culpa porque me pongo muy mal cuando el padre se demora y se lo he pegado al niño, ese nerviosismo de él se le ha pegado de mí”; “la abuela lo sobreprotege en todo y ha hecho de él un inútil, a todo le tiene miedo” (Entrevista a la madre).

El contexto escolar se relacionó con el miedo y la ansiedad en cinco casos, ya que estos adolescentes manifiestan dichas emociones fundamentalmente en situaciones de evaluación de sus aprendizajes. En lo anterior influyen los siguientes elementos: presencia de ansiedad como característica de personalidad en formación (cuatro casos) y dificultades significativas en el aprendizaje (un caso): “las calificaciones me ponen nervioso” (completamiento de frases); “cuando voy a hacer una prueba me da mucho miedo porque pienso que voy a salir mal” (Entrevista al adolescente). Es necesario destacar que el estilo educativo anteriormente mencionado incide en la aparición de estas dificultades.

Resulta significativo que cuatro adolescentes hipertensos presentan ansiedad como característica de personalidad en formación, elemento que se encuentra en la base de muchos de los aspectos abordados anteriormente. Las otras características que también inciden en el miedo y la ansiedad encontrados, son: nerviosismo, inseguridad, miedo, y baja autoestima.

De esta manera, resulta nuevamente el contexto familiar como el más influyente en la generación del miedo y la ansiedad.

En relación con las causas que generan la ira, el contexto más importante fue el de la relación con los iguales, donde las burlas y el rechazo por parte de los coetáneos generaron dicha emoción en dos de los adolescentes estudiados: “cuando me dicen cosas me encabrono” (Entrevista al adolescente); “roña: cuando me dicen nombres” (Rombo Afectivo).

En otro de los casos los regaños y castigos frecuentes en la familia se convierten también en una de las fuentes que propician la aparición de la ira: “roña: cuando mi mamá me regaña” (Rombo Afectivo); “es que mi mamá me regaña por todo y eso me da mucha rabia” (Entrevista al adolescente).

La vergüenza, como se mencionó anteriormente solo se presentó en uno de los adolescentes hipertensos, asociada al contexto escolar, específicamente a las malas calificaciones: “cuando cojo malas notas me siento avergonzado delante de mis compañeros (...), me da mucha pena porque se ríen de mi y piensan que soy bruto” (Entrevista al adolescente).

Teniendo en cuenta la significación de cada contexto como causa de las emociones negativas de estos adolescentes encontramos que el contexto de mayor repercusión en este sentido es el familiar, presentándose como causa principal en tres de las emociones analizadas (tristeza, miedo y ansiedad), incidiendo en menor medida en cuanto a la ira y la vergüenza. Los factores más frecuentes en este sentido fueron: carencias afectivas, conflictos familiares, estilos educativos inadecuados que incluyen golpes, castigos y regaño excesivo, además de la sobreprotección. La relación con los coetáneos se comportó como segunda o tercera causa principal de las emociones negativas, en el caso de la tristeza, el miedo y la ansiedad, aunque en relación con la ira constituyó su principal fuente, asociada muchas veces a la burla y el rechazo por parte de los iguales. Otra de las cuestiones importantes que se evidenciaron se vincula al rendimiento académico.

Especial atención merecen las características de personalidad en formación de estos adolescentes, las que generalmente condicionan la experimentación de muchas de sus emociones negativas. Las más frecuentes fueron: ansiedad, inseguridad, nerviosismo, baja autoestima, susceptibilidad, intranquilidad y agresividad.

Si se toma en cuenta el repertorio de emociones negativas en los adolescentes hipertensos, la intensidad y frecuencia de cada una (Gráficos # 5 y # 6), así como su significación para dichos adolescentes, se evidencia que dos de ellos presenta un funcionamiento emocional efectivo (29 %), ya que a pesar de la presencia de emociones

negativas, éstas se encuentran en cantidad, intensidad y frecuencia baja, lográndose la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones (Gráfico # 7).

Gráfico # 5. Frecuencia de las emociones negativas en los adolescentes hipertensos.

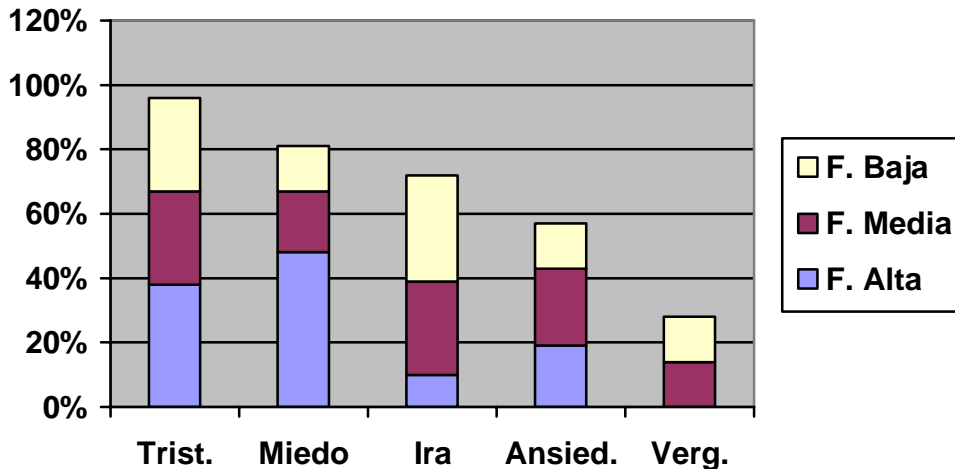
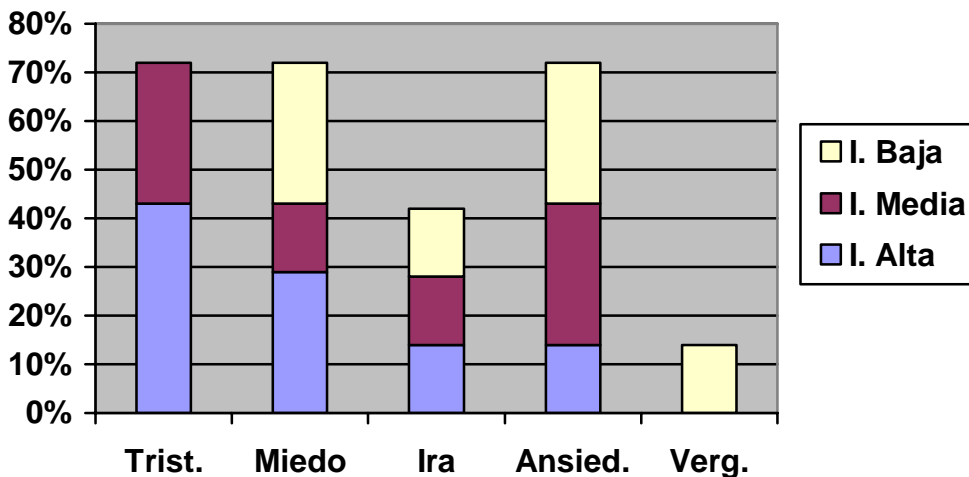


Gráfico # 6. Intensidad de las emociones negativas en los adolescentes hipertensos.

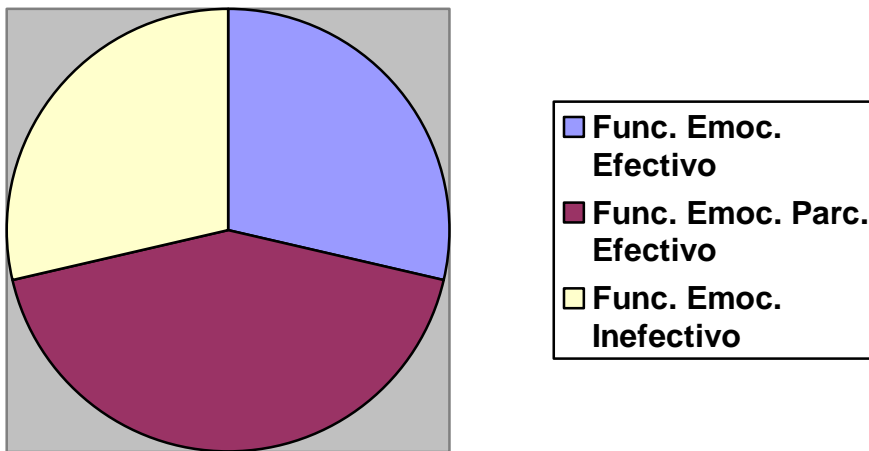


Mientras, en tres adolescentes el funcionamiento emocional se caracteriza por ser parcialmente efectivo (43 %), ya que presentan al menos una emoción negativa con frecuencia e/o intensidad media, produciéndose afectaciones leves en la autorregulación

de las emociones, que limitan su capacidad adaptativa en determinadas situaciones y/o contexto o contextos (Gráfico # 7).

En los otros dos adolescentes hipertensos se evidencia un funcionamiento emocional inefectivo (29 %), ya que se manifiesta en ellos al menos una emoción negativa con niveles altos de frecuencia e/o intensidad, por lo que la capacidad autorreguladora de las emociones se ve afectada, limitándose en gran medida la adaptabilidad emocional de dichos adolescentes (Gráfico # 7).

Gráfico # 7. Funcionamiento emocional en los adolescentes hipertensos.



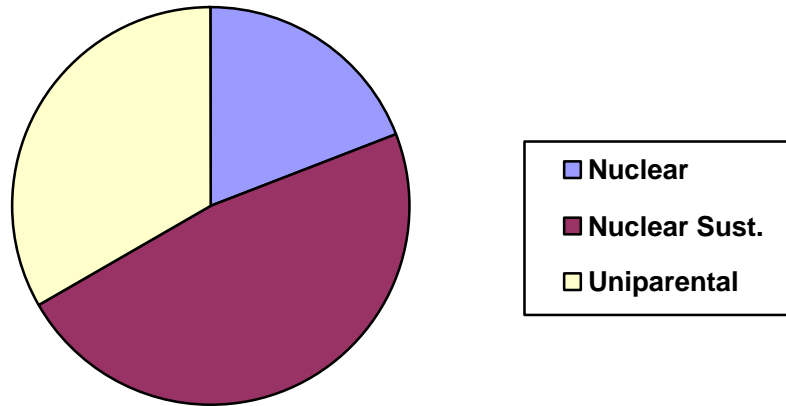
3.3 Análisis del grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial:

A partir de las técnicas aplicadas, se analizarán los resultados más importantes obtenidos en el grupo de escolares que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial.

Es significativo el número de adolescentes que pertenecen a familias donde ha tenido lugar el divorcio de los padres, siendo 16 (mayormente nucleares sustitutivas y uniparentales), para un 76% del total de la muestra estudiada (Ver gráfico # 8). Se destaca este elemento,

ya que la mayor cantidad de dificultades encontradas en el contexto familiar, tiene de algún modo un vínculo con la relación padres-adolescentes, a partir de este evento vital.

Gráfico # 8. Tipos de familias en el grupo de adolescentes que presentan alto riesgo.



En el gráfico anterior solo aparecen los tipos de familia como nuclear sustitutiva y uniparental. Sin embargo se considera de interés ampliar esta descripción, teniendo en cuenta los criterios de extensión y amplitud en las mismas, lo cual se reflejan en la siguiente tabla:

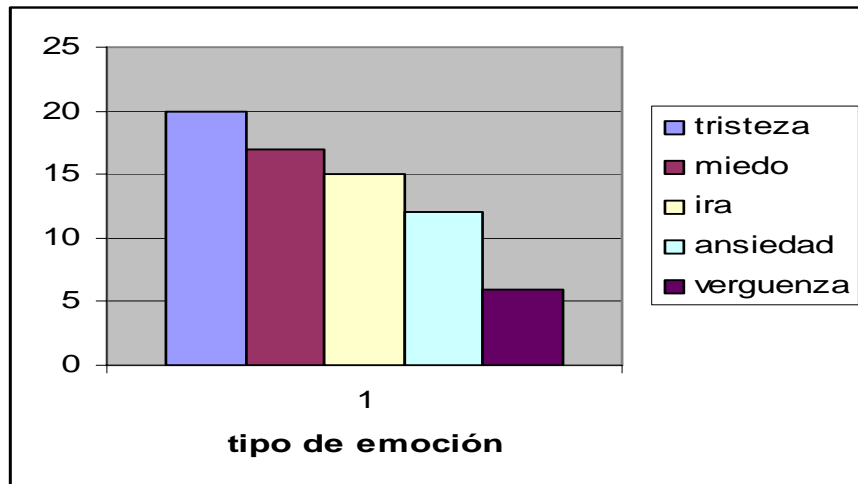
Tabla # 2. Tipos de familia en el grupo de adolescentes en riesgo.

Tipo de familia	Cantidad
nuclear	1
nuclear extensa	2
nuclear ampliada	1
nuclear sustitutiva	7
nuclear sustitutiva extensa	2
nuclear sustitutiva extensa y ampliada	1
uniparental	4
uniparental extensa	3

Las emociones predominantes en el grupo estudiado se muestran en el gráfico # 9 y se relacionan a continuación:

- Tristeza: en 20 casos, (95%)
- Miedo: 17 casos, (81%)
- Ira: 15 casos, (71%)
- Ansiedad, muy vinculada al miedo: 12 casos, (57%)
- Vergüenza: seis casos, (29%)

Gráfico # 9. Repertorio de emociones negativas en el grupo de adolescentes en riesgo.



La tristeza se mostró en nueve adolescentes con una intensidad alta (43%), en siete con una intensidad media (33%) y en cuatro con una intensidad baja (19%). En cuanto a la frecuencia con que los escolares en riesgo presentan dicha emoción, se comprobó que en ocho de ellos la frecuencia es alta (38%), en seis media (29%) y en otros seis baja (29%).

Teniendo en cuenta las causas que comúnmente se asociaron a las emociones de tristeza en estos escolares, se procederá al análisis del contexto familiar.

En este contexto aparece la tristeza asociada significativamente a la carencia afectiva que vivencia el adolescente, sobre todo en relación con la figura paterna (14 casos) y en mayor medida, en aquellas familias donde ha tenido lugar el divorcio de los padres. No

obstante, también se evidenció la carencia afectiva relacionada con la figura materna en cinco casos, siendo en total 17 los adolescentes en los que existe esta problemática, ya que

en dos de ellos coincide la carencia afectiva relacionada con ambos padres: “ mi mayor problema es que mi papá casi nunca viene a verme”; “yo deseo que mi papá vuelva a mi casa”; “a menudo me siento sola y me decaigo muchas veces cuando pienso en que mi papá no me quiere” (Entrevista al adolescente); “ es una niña sufrida, callada, cuando va a ver al padre se nota el cambio porque viene más contenta” (Entrevista a la maestra); “mis mayores tristezas es que a menudo me siento solo y siento que no me quieren”; “mi mayor tristeza es que siento que no formo parte de mi familia” (Rombo Afectivo).

En segundo lugar, se constata la tristeza vinculada a conflictos existentes dentro de la familia, principalmente entre mamá y papá, mamá y padrastro, entre tíos, abuelos y, por último, entre algún miembro de la familia y el adolescente. En total, este tipo de situaciones fueron reflejadas en 11 casos, llegando a evidenciarse violencia física en más del 50 % de los mismos: “lo que más me pone triste es cuando mi mamá llora porque se faja con mi papá”; “mi mayor tristeza es cuando mis padres no se miran”; “yo desearía que a mi mamá nunca le metieran” (Entrevista al adolescente); “me pongo triste cuando mi familia se faja” (Rombo Afectivo); “hay discusiones y peleas frecuentes en mi casa” (IPJ); “ es triste que mi papá y mi mamá se fajen” (Completamiento de frases).

El resto de las causas en las familias se relaciona con estilos educativos inadecuados, específicamente el regaño y el castigo excesivo (nueve casos), manifestándose muchas veces el maltrato hacia el niño, y rigidez marcada en dos casos, así como graves dificultades de comunicación y comprensión en la mayoría de estas familias. También en tres adolescentes ocurrió la muerte de un familiar cercano, en dos de ellos de una de las figuras paternas, lo que se asoció significativamente a emociones de tristeza: “una tristeza es cuando mi mamá me regaña”; “tristeza que me regañen y me castiguen tanto (Rombo Afectivo); “lo peor es ser huérfano”; “es triste la muerte de alguien” (Completamiento de frases); “mi mayor tristeza es que mi papá y mi mamá me den” (Entrevista al adolescente).

En cuanto a la relación entre los coetáneos, el rechazo y los conflictos entre los iguales generan tristeza en 13 casos. Generalmente, lo que propicia este rechazo tiene que ver con características de personalidad en formación del propio adolescente,

fundamentalmente: genioso, impulsivo, tímido, pasivo, agresivo y baja tolerancia a las frustraciones: “mis amigos me defraudan, no ayudan, me hacen sentir más solo”; “en ocasiones me siento triste cuando los demás niños no quieren jugar conmigo” (Entrevista al

adolescente); “yo necesito más amigos” (IPJ); “la gran ilusión mía es tener amigos” (Completamiento de frases).

Aunque se analizó como un elemento separado la relación con los iguales, hay que tener en cuenta que en dicha relación se analiza tanto el grupo escolar como el grupo de iguales de la comunidad. De esta forma, las dificultades en la relación de estos adolescentes en riesgo con el grupo de coetáneos en la escuela, generalmente coinciden en el grupo de la comunidad. Por lo tanto, adentrándonos en el propio contexto escolar, aparece como la principal causa de emociones negativas, los conflictos y el rechazo de los iguales a lo cual se suman otros dos elementos que inciden en este sentido: el bajo rendimiento escolar y el rechazo del maestro. Por lo tanto, son escolares que presentan gran cantidad de nominaciones negativas en el test sociométrico o, simplemente, no son seleccionados.

En 6 casos se manifiestan los conflictos con el maestro como generadores de estados emocionales de tristeza, mientras que los problemas en el rendimiento escolar se observa en siete casos. Por lo general, coinciden los dos elementos anteriormente mencionados: “tristeza cuando desapruébo una prueba” (Rombo Afectivo); “la mayor dificultad es cuando no cojo buenas notas, la maestra me dice bruta y que me ponga para las cosas”; “lo que me pone más triste es venir a la escuela, no me gusta que se rían de mí ni que mi maestra me de golpes (Entrevista al adolescente).

Se presentaron aisladamente dos casos donde la enuresis primaria constituyó una de las principales fuentes de tristeza, unida a estilos educativos inadecuados en la familia respecto a dicho problema.

De forma general, en relación con la emoción hasta el momento descrita, el contexto que más incidencia tuvo fue el familiar, mientras que la relación con los iguales en segundo lugar y el contexto escolar en tercer lugar.

En cuanto al miedo, como se expresó anteriormente, 17 de los adolescentes en riesgo presentan esta emoción negativa de forma generalmente frecuente (81 %). En 11 adolescentes se mostró con una intensidad alta (52%), en dos con una intensidad media

(10%) y en cuatro con una intensidad baja (19%). Sobre su frecuencia, se comprobó que en 10 casos tuvo una frecuencia alta (48%), en cuatro media (19%) y en tres baja (14%).

En cuanto a la relación del miedo en estos escolares con determinados aspectos del contexto familiar, se reitera como el elemento más importante los conflictos entre los miembros de la familia y/o con el propio adolescente (11 casos). Por otra parte, el segundo factor se relaciona con el estilo educativo llevado a cabo por determinadas familias, específicamente el estilo autoritario, rígido, con exceso de regaños, castigos, golpes (10 casos). En dos escolares, se circunscribe la sobre exigencia de los padres fundamentalmente a la actividad de estudio y en otro, al manejo de la enuresis. Otros dos elementos en el hogar que se relacionan con el miedo son: estilo sobreprotector (tres casos) y la muerte de un familiar cercano (dos casos): “siento miedo de que le pase algo a mi mamá, a veces en el aula pienso en eso porque mi padrastro pelea mucho con ella”; “me siento nervioso cuando hay pleitos entre mi mamá y mi papá” (Entrevista al adolescente); “miedo: que mi mamá me de golpes y después me sienta en una silla”; “miedo: decirle a mis padres que he cometido una falta” (Rombo Afectivo); “ el castigo de mis padres me pone intranquilo y nervioso” (Completamiento de frases).

Muy relacionado con estos estilos educativos antes mencionados se encuentra el temor que el adolescente siente a desaprobación de las pruebas y el grado (10 casos). Es decir, que ante situaciones diversas de evaluación escolar, el adolescente se siente presionado por las medidas coercitivas que los padres llevan a cabo ante resultados que no satisfacen sus expectativas: “las pruebas me ponen nerviosa porque pienso que voy a salir mal”; “mis padres me regañan mucho para que estudie...le tengo terror a las pruebas” (Entrevista al adolescente). Unido a lo anterior, generalmente se añaden conflictos entre el maestro y el educando que generan aún más temor en situaciones donde se siente evaluado, manifestando 6 de los escolares temor hacia su maestro: “el mayor temor es mi maestra” (Rombo Afectivo).

En el caso del miedo existen características de personalidad en formación que favorecen su aparición, las cuales tienen de base la educación familiar. En 10 de los escolares se evidenciaron algunas de las siguientes características: nervioso, miedoso, altamente sugestionable, inseguro y dependiente: “soy nervioso”; “soy miedoso” (IPJ).

Las relaciones con los iguales sólo se convirtieron en fuente generadora de miedo en dos escolares, donde las discusiones y conflictos con los coetáneos influyeron de manera importante: “tuvo un conflicto grande con unos muchachos de su aula y no quería ni venir a la escuela, se ponía muy nervioso” (Entrevista a la madre).

Un dato significativo es que ocho escolares manifestaron miedo a la oscuridad, el cual no es usual en esta etapa evolutiva.

Es así que, tomando en cuenta los elementos brindados con anterioridad, resulta nuevamente el contexto familiar como el más influyente en la generación del miedo. Incluso, se aprecia cómo el segundo elemento más significativo (que es el temor al fracaso escolar), se relaciona fundamentalmente con los estilos educativos inadecuados de la familia.

Aunque la ansiedad se mostró en menor cantidad de escolares que la ira (en 12 adolescentes, para un 57%), se considera oportuno abordarla en este momento, debido a su estrecha relación con el miedo en todos los casos.

La ansiedad se mostró en tres adolescentes con una intensidad alta (14%), en ocho con una con una intensidad media (38%) y en uno con una intensidad baja (5%). Al analizar la frecuencia con que los escolares riesgo presentan dicha emoción se comprobó que en cuatro (19%) se muestra una frecuencia alta, en cinco (24%) media y en tres (14%) baja.

En cuanto al contexto familiar se detectaron los siguientes factores como generadores de ansiedad, en orden jerárquico: conflictos entre los miembros de la familia, que incluyen a la madre o al padre (seis casos); estilo educativo inadecuado donde predominan golpes castigos y regaños frecuentes al adolescente y/o se exige por encima de las posibilidades

del mismo (cinco casos); conflictos entre otros miembros de la familia (dos casos); muerte de un familiar (dos casos); ausencia del padre (dos casos); estilo sobreprotector, madre ansiógena (dos casos).

Los datos que fundamentan lo anteriormente explicado, ofrecidos por el adolescente, la maestra y los padres, manifiestan verbalizaciones similares a las referidas en relación con el miedo, pero se incorporan otros elementos que aparecen a continuación obtenidos a partir de la integración de las diferentes técnicas: “en esos momentos me da por comerme las uñas”; “me da salto en el estómago” (Entrevistas al adolescente); “le sudan mucho las manos antes de empezar las pruebas”; “se pone intranquilo, que no sabe que hacer” (Entrevistas a la madre y entrevista a la maestra).

Como se puede apreciar, el elemento más importante se vincula a los conflictos existentes entre los padres, estrechamente relacionados con la cantidad de familias sustitutivas y también extensas, por lo que el adolescente se ve expuesto a conflictos altamente generadores de ansiedad.

Como causas de la ansiedad relacionadas con la personalidad en formación, la escuela y los iguales, coinciden los mismos elementos explicados al abordar el miedo.

Los 12 casos de adolescentes con ansiedad son aquellos donde hay mayor confluencia de situaciones negativas en diversos contextos, teniendo el adolescente pocos recursos psicológicos para enfrentarlas, al estar poco desarrollados de acuerdo a las características evolutivas de la etapa y, por otra, porque prevalece en ellos la inseguridad, la baja autoestima, el apoyo social ineficaz y la alta sugestionabilidad. Son escolares donde la frecuencia de exposición a esos conflictos es alta y/o son conflictos de alto significado emocional para ellos.

La ira se mostró en 15 adolescentes para un 71%; en ningún caso con una intensidad alta, en tres con una intensidad media (14%) y en 12 con una intensidad baja (57%). En cuanto a la frecuencia con que los escolares riesgo presentan esta emoción, se comprobó

que en dos se muestra una frecuencia alta (10%), en seis media (29%) y en siete baja (33%).

El elemento que fundamentalmente provoca la ira en estos escolares son los conflictos vinculados al área de las relaciones con lo coetáneos (12 casos). Es común entre ellos los referidos “nombretes”, las burlas, discusiones o rechazos, sobre la base de los determinantes

del estatus sociométrico en estas edades. En los escolares anteriormente mencionados existen dificultades en cuanto a alguno o algunos de estos determinantes: “mi mayor problema en la escuela es fajarme con mis amigos” (Entrevista al adolescente); “me molesta que mis compañeros me rechacen” (Completamiento de frases); “roña cuando me fajo”; “roña: cuando me critican” (Rombo Afectivo).

En menor medida, la roña se genera en ellos por el contexto familiar y la relación con el maestro. Sólo cinco casos manifiestan enfado o ira ante la conducta que adopta el maestro con ellos (crítica excesiva, burla, regaño, maltrato físico). En la familia, la ira se relaciona con gritos, regaños y castigos (seis casos) y conflictos entre los padres (un caso): “me molesta mi maestro porque grita mucho en el aula” (Entrevista al adolescente); roña “cuando mi padrastro me castiga”, “roña: cuando mi papá le da golpe a mi mamá” (Rombo Afectivo).

Es llamativo el hecho de que en el caso de la ira se manifieste la relación con los iguales como el contexto más significativo y esto tiene mucho que ver con el tipo de relaciones que el adolescente establece con los adultos, diferentes a las relaciones con los iguales. Las primeras constituyen relaciones de autoridad, verticales, mientras que las segundas son relaciones de igualdad y horizontales.

Un aspecto que acompaña a la mayoría de los casos que presentan ira son determinadas características de personalidad en formación (siete casos), siendo las más frecuentes: baja autoestima, irritable, genioso, agresivo, impulsivo y baja tolerancia a las frustraciones: “soy susceptible y me ofendo con facilidad”; “me altero fácilmente” (IPJ), “mi mayor problema en la escuela es que me pongo muy furioso” (Entrevista al adolescente).

La vergüenza se mostró en seis adolescentes (28%); en uno de ellos con una intensidad alta (5%), en otro con una intensidad media (5%) y en cuatro con una intensidad baja (19%). En cuanto a la frecuencia con que los escolares riesgo presentaron dicha emoción, se comprobó que no se muestra una frecuencia alta en ninguno de los escolares estudiados, en tres una frecuencia media (14%) y en otros tres baja (14%).

El contexto que más significación tuvo en cuanto a su relación con la vergüenza fue el escolar y dentro de éste la relación con los coetáneos, marcada por las burlas y las críticas excesivas al adolescente (10 casos), así como las burlas y críticas por parte del maestro (cinco casos): “mi maestro y mis amigos me dicen nombretes y prefiero estar solo porque me dicen tantas cosas que prefiero estar solo para que no me digan nada”; “los demás se ríen de mí, me dicen fea y eso me da mucha pena” (Entrevista al adolescente); “cada vez que la maestra le llama la atención se echa a llorar, es muy penosa” (Entrevista a la madre).

En cuatro adolescentes las burlas de los iguales y el maestro están referidas al bajo rendimiento académico, mientras que en el resto de los casos y a veces coincidiendo con el bajo rendimiento, el centro de las burlas son las características físicas del adolescente.

En relación con la familia, tres escolares sienten vergüenza debido a la crítica excesiva que se lleva a cabo hacia ellos en dicho contexto (tres casos). Además, en cuatro adolescentes la baja autoestima se convierte en un elemento que incide en las emociones de vergüenza.

De manera general, tomando como referencia los indicadores de cantidad, intensidad y frecuencia, analizados, así como su significación para el adolescente, las emociones negativas tienen una repercusión alta en 6(29%) adolescentes en riesgo, mientras que en 5(24%) fue media y en 10(48%) baja.

Tomando como referencia el repertorio de emociones negativas en los adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial, así como la intensidad y

frecuencia de cada una (Gráficos # 10 y # 11), así como su significación para dichos adolescentes, se evidencia que 10 de ellos presenta un funcionamiento emocional efectivo (48 %), ya que a pesar de la presencia de emociones negativas, éstas se encuentran en cantidad, intensidad y frecuencia baja, lográndose la capacidad autorreguladora y adaptativa de las emociones (Gráfico # 12).

Gráfico # 10. Frecuencia de las emociones negativas de los adolescentes en riesgo.

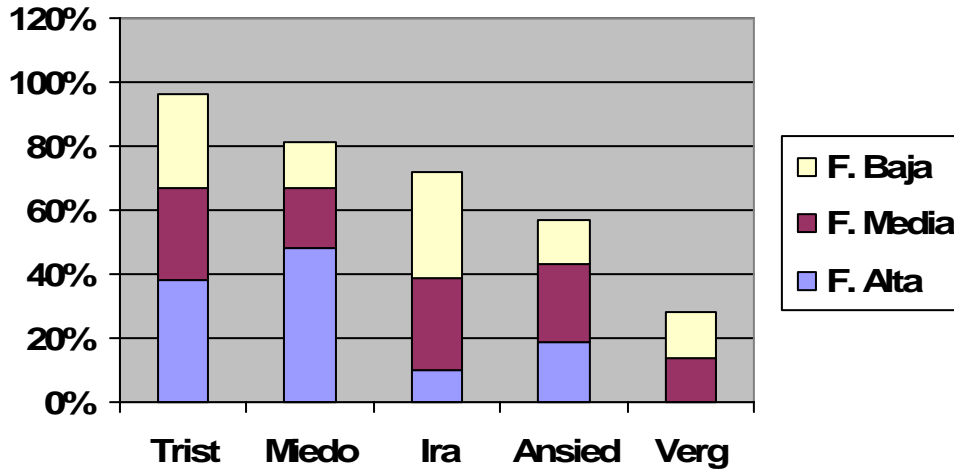
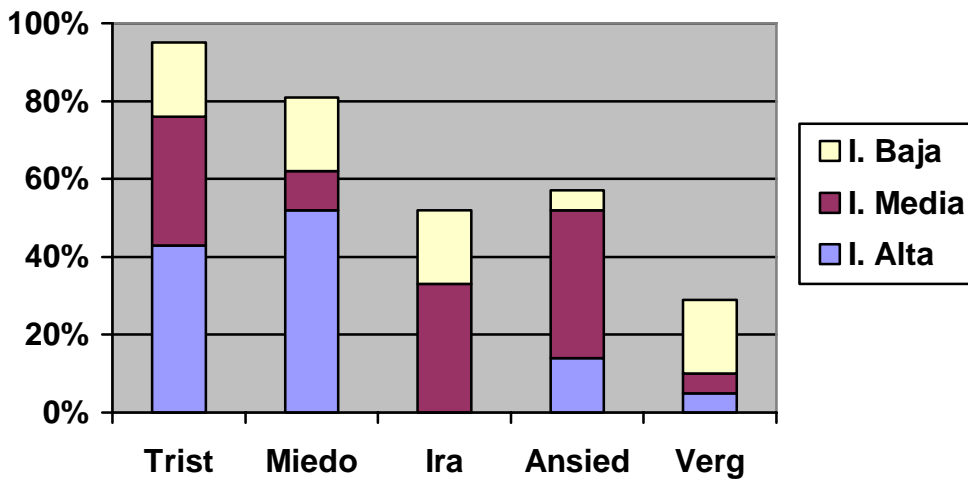


Gráfico # 11. Intensidad de las emociones negativas de los adolescentes en riesgo.

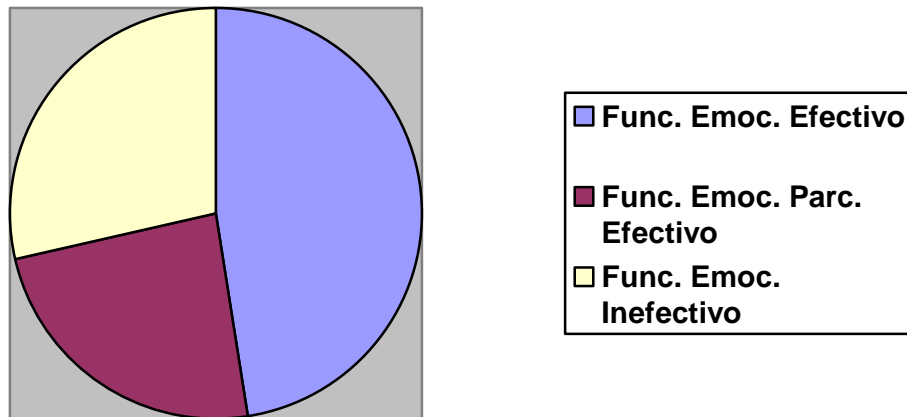


Mientras, en cinco adolescentes en riesgo el funcionamiento emocional se caracteriza por ser parcialmente efectivo (24 %), ya que presentan al menos una emoción negativa con frecuencia e/o intensidad media, produciéndose afectaciones leves en la autorregulación de las emociones, que limitan su capacidad adaptativa en determinadas situaciones y/o contexto o contextos (Gráfico #12).

En los otros seis adolescentes en riesgo se evidencia un funcionamiento emocional inefectivo (29 %), ya que se manifiesta en ellos al menos una emoción negativa con niveles altos de

frecuencia e/o intensidad, por lo que la capacidad autorreguladora de las emociones se ve afectada, limitándose en gran medida la adaptabilidad emocional de dichos adolescentes (Gráfico # 12).

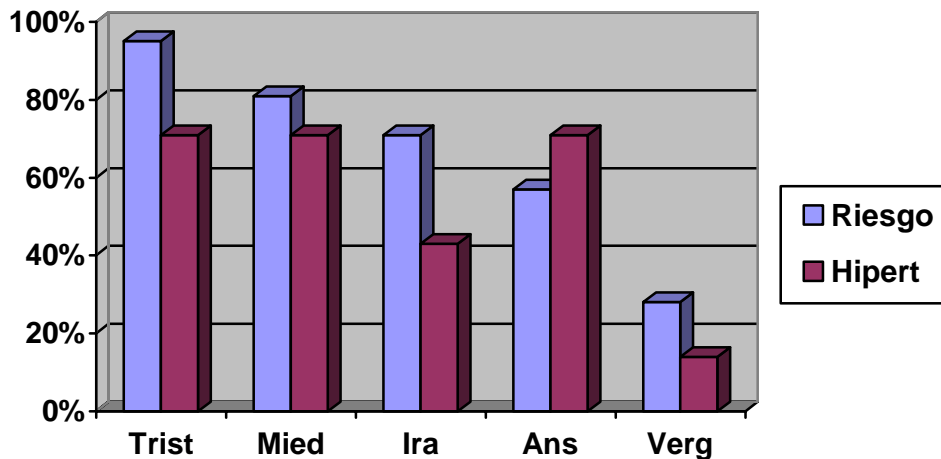
Gráfico # 12. Funcionamiento emocional de los adolescentes en riesgo.



3.4 Análisis comparativo entre el grupo de adolescentes hipertensos y el grupo de adolescentes en riesgo.

En cuanto a las emociones negativas más frecuentes en los adolescentes hipertensos estudiados, se encuentra, en primer lugar, la ansiedad, la tristeza y el miedo, las tres presentes en cinco de los siete casos. Por lo tanto, coinciden en parte los resultados con el grupo riesgo, donde igualmente predominaron la tristeza, el miedo y la ansiedad (Gráfico # 13).

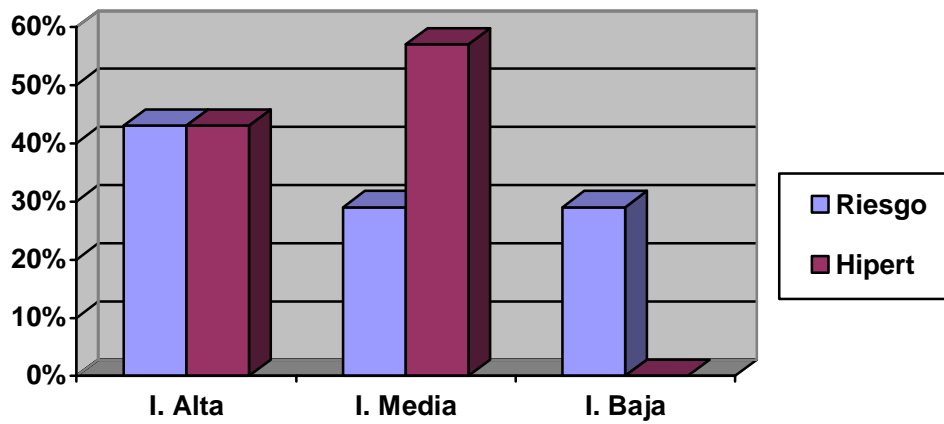
Gráfico # 13. Emociones negativas predominantes en los dos grupos de adolescentes estudiados



Relacionado con el repertorio de emociones negativas, tanto en los adolescentes hipertensos como en los que están en riesgo, fue más frecuente que se presentaran de una a dos emociones negativas (cuatro adolescentes hipertensos, 57 % y ocho adolescentes riesgo, 38 %). Sin embargo, la cantidad de tres a cuatro emociones fue ligeramente más frecuente en el grupo en riesgo (siete casos, 33 %) que en el de hipertensos (dos casos, 26 %). Se encontraron cinco emociones negativas en seis adolescentes en riesgo (29 %), mientras que en un solo adolescente hipertenso (14 %).

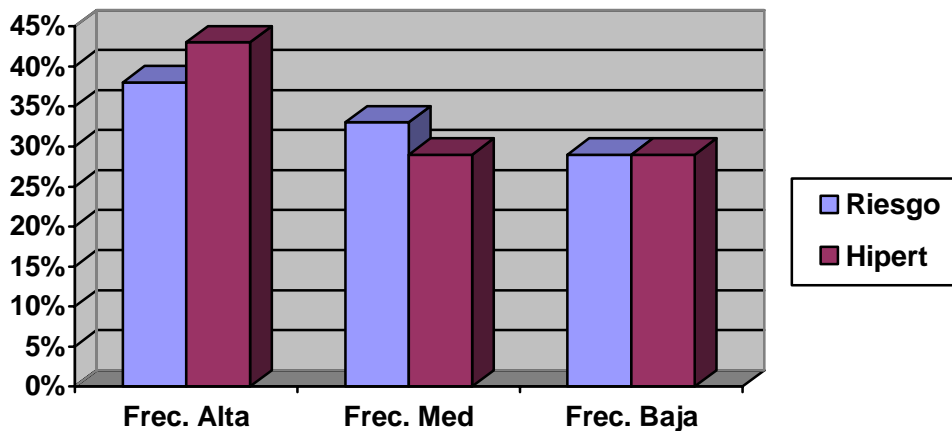
En cuanto a la intensidad con que experimentan estas emociones negativas, de forma general, se presentaron iguales valores en cuanto a la intensidad en un nivel alto en ambos grupos de adolescentes estudiados (en tres adolescentes hipertensos, para un 43 % y en nueve adolescentes en riesgo, para un 43 % también). El nivel de intensidad que más frecuentemente apareció en los hipertensos, fue el medio (en cuatro casos, 57 %). Es notable, además, que ningún adolescente hipertenso obtuvo niveles bajos en cuanto a la intensidad de sus emociones negativas, mientras que en los adolescentes riesgo, el número fue de seis casos con intensidad baja (29 %) (Gráfico # 14).

Gráfico # 14. Intensidad de las emociones negativas predominantes en los dos grupos de adolescentes estudiados



Si hacemos este mismo análisis en cuanto a la frecuencia con que comúnmente se presentaron las emociones referidas (Gráfico # 15), encontramos que de forma general, predominó la frecuencia alta en ambos grupos (tres adolescentes hipertensos, para un 43 % y ocho adolescentes en riesgo, para un 38 %). De similar manera se comportaron los niveles medios y bajos de frecuencia.

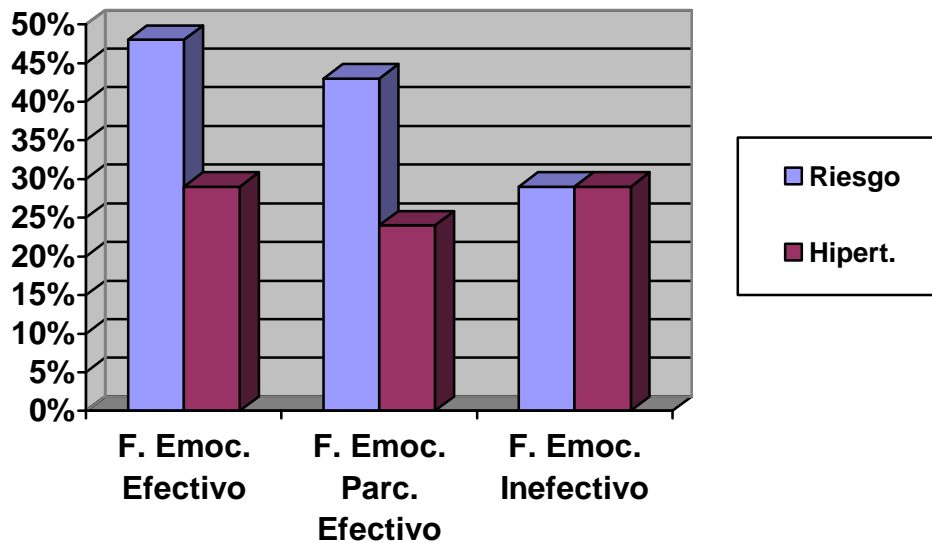
Gráfico # 15. Intensidad de las emociones negativas predominantes en los dos grupos de adolescentes estudiados



Acerca del funcionamiento emocional de forma general, se aprecia que tanto los adolescentes hipertensos como los que presentan alto riesgo, coinciden solamente en cuanto a los valores que se relacionan con el nivel de funcionamiento emocional inefectivo,

caracterizando a un 29 % de los casos en ambos grupos. Mientras que el por ciento de adolescentes hipertensos que poseen un funcionamiento emocional efectivo o parcialmente inefectivo es diferente en ambos grupos, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico # 16. Funcionamiento emocional en los dos grupos de adolescentes estudiados.



Por otro lado, no se presentaron diferencias significativas en las diversas categorías e indicadores analizados, atendiendo al sexo o la edad, en ninguno de los dos grupos, excepto en lo relativo a la emoción de miedo. En este sentido, en el grupo de adolescentes hipertensos la presencia, frecuencia e intensidad del miedo se comportó significativamente mayor en los varones que en las hembras mientras que en el grupo de adolescentes en riesgo, ocurrió de forma similar, pero sólo en lo referido a la intensidad y la frecuencia.

Teniendo en cuenta las causas de las emociones negativas encontradas en los hipertensos estudiados, los resultados son similares a los del grupo riesgo, ya que en ambos casi la mitad o más de la mitad de las familias ha tenido lugar el divorcio entre los padres, a lo que se asocian muchas o gran parte de las dificultades encontradas en este contexto. Como otro elemento que se reitera en ambos grupos son los conflictos entre los miembros de la familia que frecuentemente ocasionan tristeza, ansiedad y miedo. Son

comunes también los estilos educativos de sobreprotección como generadores de ansiedad, los de sobreprotección, inconsistencia, rigidez, castigos y regaños frecuentes. Igualmente la tristeza se asocia a la despreocupación o indiferencia por parte de los padres u otros familiares.

Si se analiza la relación con los iguales en los adolescentes hipertensos, las dificultades fundamentales fueron el rechazo, los conflictos y las burlas. Esta cuestión se reitera en el grupo riesgo, con la diferencia de que en este último se asocia más a la ira que a la tristeza, sucediendo de manera inversa en el grupo de hipertensos.

En el caso de las dificultades relacionadas con el rendimiento académico se convierten en generadoras de miedo y ansiedad de manera similar en ambos grupos.

Sobre las características de la personalidad en formación, las más frecuentes fueron ansiedad, inseguridad, nerviosismo, baja autoestima, susceptibilidad, intranquilidad y agresividad. Exceptuando la ansiedad, el resto de las características son similares a las encontradas en el grupo riesgo, al igual que su relación con las emociones negativas que experimenta el adolescente.

3.4 Análisis integral de los resultados.

A partir de los resultados obtenidos hasta el momento se pretende lograr una integración de los mismos, de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación.

En el estudio realizado se encontró que la mayoría de las emociones negativas presentes en el adolescente se vinculan al contexto familiar y el contexto de la relación con los iguales, lo cual se comprende por la alta significación que tienen ambos elementos para dichos adolescentes, de acuerdo a las características de su situación social de desarrollo. Es decir, la evaluación y valoración se realiza de los conflictos generados en el marco de estos dos contextos, tienen de base todas las necesidades, motivos, aspiraciones, intereses del adolescente dependientes de esos contextos.

De forma general, integrando los resultados de ambos grupos, la tristeza, el miedo y la ira fueron las emociones más frecuentes. La tristeza se presentó en 25 adolescentes (89 %);

el miedo, en 22 (79 %) y la ira en 18 (64 %). El nivel de intensidad de las emociones negativas manifestadas que más predominó fue el nivel alto (12 casos, para un 43 %); en segundo lugar, el nivel medio (10 casos, para un 36 %) y el nivel bajo en 6 casos (21 %). Esto condiciona en cierta medida que afecte el desempeño del adolescente de forma importante.

Por otra parte, la frecuencia con que más se presentaron las emociones negativas en general, fue en un nivel alto (11 adolescentes, para un 39 %); en segundo lugar, media (nueve casos, para un 32 %) y en tercer lugar, la frecuencia baja, para un 29 % (8 casos).

Muy relacionado con los datos anteriores, se evidenció que 12 adolescentes en total presentan un funcionamiento emocional efectivo (42 %), mientras que en ocho es parcialmente efectivo y en el resto inefectivo (también ocho adolescentes).

En esta etapa de 10 a 12 años están presente en el adolescente la mayoría de los elementos evidenciados en los casos estudiados. Nos referimos al conocimiento y comprensión que ya existe sobre las emociones propias y las ajenas, así como las causas que las generan.

A pesar del desarrollo paulatino que van teniendo las estrategias y recursos personales que se despliegan en el proceso emocional en aras de lograr el bienestar psicológico, aún existen limitaciones en el período evolutivo estudiado. De esta manera, tanto los adolescentes hipertensos como los de alto riesgo, emplean pocas estrategias ante las situaciones difíciles, o las que utilizan no son totalmente efectivas debido al aún limitado desarrollo personalógico en este sentido. No obstante, los resultados concuerdan con los descritos en la literatura, predominando estrategias de evitación, distracción cognitiva y búsqueda de apoyo social, mediadas por las características de personalidad en formación descritas en cada uno de los grupos.

Es necesario apuntar que más de la mitad de las causas que generan emociones negativas en estos adolescentes son externas a ellos (a veces son condiciones sociales marcadamente desfavorables o adversas) y escapan a su control, lo cual dificulta la

atenuación o disminución de dichas emociones negativas, aún cuando se empleen estrategias eficaces.

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente expresados, se puede apreciar en los adolescentes hipertensos y con alto riesgo de padecer la enfermedad, una vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, que tiene de base la presencia de dificultades importantes, en cuanto a su interacción en los principales contextos o esferas en que se

desenvuelve, las cuales pueden generarle, fundamentalmente, emociones negativas y vivencias de malestar y preocupación.

Esta vulnerabilidad podría traer consigo el incremento del riesgo a padecer la hipertensión arterial y/o empeorar el pronóstico de la misma, en el caso de los ya diagnosticados.

Por lo tanto, si bien en los escolares hipertensos no se puede concluir aún que los aspectos psicológicos tienen un papel determinante en la aparición de la enfermedad, sí puede afirmarse que se convierten en factores de riesgo para el desarrollo y evolución de la misma, a partir de las emociones negativas estudiadas.

En cuanto al grupo de escolares riesgo, se aprecian en mayor medida las dificultades descritas con anterioridad, lo cual valida una vez más la utilidad de considerarlas como elementos importantes a tomar en cuenta para valorar dicho riesgo integralmente.

El presente estudio enfatiza la necesidad de elaborar e implementar estrategias multidisciplinarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, así como realizar nuevos estudios que contribuyan a comprender el papel que tienen los aspectos psicológicos en este sentido.

CONCLUSIONES:

- Al evaluar las emociones que experimentan los adolescentes hipertensos estudiados se constata la presencia de emociones negativas con diversos contenidos temáticos, entre las cuales predominan la tristeza y el miedo, seguidas de la ansiedad, la ira y por último, la vergüenza.
- En el repertorio emocional de estos adolescentes hipertensos resulta característica la presencia de una o dos emociones negativas, las cuales son experimentadas con una frecuencia alta e intensidad media; siendo notable que ningún adolescente hipertenso obtuviera niveles bajos de intensidad en cuanto a la manifestación de dichas emociones.
- En sentido general, se aprecian afectaciones en el funcionamiento emocional de los adolescentes hipertensos, constatándose que el 29 % presenta un funcionamiento emocional inefectivo al estar limitada la capacidad autorreguladora de las emociones y consecuentemente la adaptabilidad emocional del adolescente. Por su parte, un 43 % presenta un funcionamiento emocional parcialmente efectivo y solo un 29% manifestó un funcionamiento emocional efectivo.
- En el análisis de los contextos de desarrollo que inciden en la aparición de emociones negativas en los adolescentes hipertensos, se evidenció que es el contexto familiar el de mayor repercusión. Entre las causas identificadas se destacan, el mal manejo del divorcio entre los padres, los conflictos entre los miembros de la familia y estilos educativos inadecuados como el castigo verbal y físico excesivo. En el contexto de la relación con los iguales se destacan como generadores de emociones negativas el rechazo, los conflictos y las burlas. Mientras que en el contexto escolar las dificultades relacionadas con el rendimiento académico y los conflictos con el maestro, influyeron también, pero en menor medida.
- Las características de la personalidad en formación se encontraron en la base de la mayoría de las emociones negativas experimentadas por los adolescentes hipertensos, siendo las más frecuentes la ansiedad (como rasgo), la inseguridad, el nerviosismo, una baja autoestima y la susceptibilidad.
- No se constataron diferencias significativas en las diversas categorías e indicadores analizados en el funcionamiento emocional de los adolescentes hipertensos, atendiendo al sexo o la edad, excepto en lo relativo a la emoción de miedo. En este

sentido, la presencia, frecuencia e intensidad del miedo se comportó significativamente mayor en los varones que en las hembras.

- En relación con el funcionamiento emocional en los adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial, se evidenció como emociones negativas predominantes la tristeza, el miedo y la ira, seguidas de la ansiedad y la vergüenza, mayormente con una intensidad y frecuencia alta y media, constatándose que el 29 % presenta un funcionamiento emocional inefectivo al estar limitada la capacidad autorreguladora de las emociones y consecuentemente la adaptabilidad emocional del adolescente. Por su parte, un 24 % presenta un funcionamiento emocional parcialmente efectivo y un 48% manifestó un funcionamiento emocional efectivo. Igualmente, el contexto familiar fue el de mayor repercusión en la aparición de emociones negativas en estos adolescentes.
- Las principales diferencias en cuanto al funcionamiento emocional entre el grupo de adolescentes hipertensos y los adolescentes en riesgo, radican en que la ansiedad fue más predominante en el primero que en el segundo de ellos, así como la intensidad alta y media de sus emociones negativas. Además, el funcionamiento emocional tuvo mayores indicadores de efectividad en el grupo de adolescentes en riesgo. En el resto de las categorías e indicadores analizados, existieron similitudes entre ambos grupos.
- Los indicadores elaborados y operacionalizados en el marco de la presente investigación, demostraron su validez empírica en función de la caracterización del funcionamiento emocional de los adolescentes hipertensos por lo que pueden ser implementados e incorporados al software que está siendo elaborado en el Proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la hipertensión arterial pediátrica” al cual responde esta investigación.

BIBLIOGRAFIA:

1. Abarca, M. M. (2003). *La educación emocional en la Educación Primaria: Currículo y Práctica*. Trabajo presentado para optar por el grado de Doctor en Ciencias. Barcelona. Extraído el 25 de septiembre de 2007 desde <http://www.tesisenred.net/TDX-0412107-105616>.
2. Adrián, J. E. & Clemente, R. A. (2003). La comprensión de la vergüenza y de la culpa en niños de seis y siete años: relaciones con la competencia verbal y la interacción social entre iguales. *REME*, VII(17-18). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>
3. Alejos, M. Aráoz, L. M. & Castañeda, A. M. (2003). *Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización*. Extraído el 15 de mayo de 2008 desde [Psicocentro.com](http://www.psicocentro.com).
4. Almonte, C., Scpulveda, G., Avcdano, A. & Valenzuela, C. (1985). Desarrollo Psicosocial de Adolescentes de 12 A 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 56(4), 263 – 270. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_hta.pdf
5. Alonso, A. (2004). *Validación de una metodología para el diagnóstico psicológico de niños y adolescentes, de 9 a 12 años, con hipertensión arterial*. Guerra, V. & Pérez, Y., tutoras. Tesis de Diploma. UCLV; Santa Clara.
6. Alonso, A., Cairo, E. & Rojas, E. (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
7. 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. Extraído el 25 de Mayo de 2008, desde <http://db.doyma.es/cgi/wdbcgi.exe/doyma/medicine.ver?pident=13064491>
8. Arcimega, R. I. (1995). Hipertensión Arterial en Pediatría. *Revista Peruana de Cardiología*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v21n2/hipertensionarterialenPediatria.htm>
9. Ardura, J. (2000). *Hábitos saludables en pediatría y repercusión en la edad adulta*. Extraído el 12 Mayo de 2008 desde http://www.comtf.es/pediatría/congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Julio_Ardura.htm
- Álvarez, I. M. (1996). *Formación social del adolescente*.

10. *Ejercicios para el diseño y desarrollo de programas educativos*. Departamento de Psicología, UCLV, Santa Clara.
11. Amigo, I. & Herrera, J. (1993). Hipertensión y estrés. *Rev Med Clin*, 101, 541-543.
12. Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
13. Ardura, J. (2000). *Hábitos saludables en pediatría y repercusión en la edad adulta*. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde http://www.comtf.es/pediatría/congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Julio_Ardura.htm.
14. Arés, P. (1998). *Mi familia es así*. La Habana: Ciencias Sociales.
15. Arjona, J. F. & Guerrero, S. (2008). *Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria*. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-arjona01.htm>.
16. Barbán, D. de los A. & León, M. (1997). *Particularidades de los procesos afectivo-motivacionales en escolares de 7 a 10 años de edad con trastornos neuróticos*. Guerra, V., tutora. Trabajo de diploma. UCLV, Santa Clara.
17. Barclay, L. & Vega, Ch. (2008). *Pediatric Practice-Based Intervention May Be Effective Against Adolescent Smoking*. Extraído el 21 de junio de 2008 desde www.medscape.com/viewarticle/572602.
18. Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
19. Bernal, M. C. (2002). *Evaluación del programa para la prevención y reducción del estrés en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Moleiro, O., tutora. Trabajo de diploma. UCLV, Santa Clara.
20. Bisquerra, R. (2002). *Orientación psicopedagógica y educación emocional en la educación formal y no formal*. Extraído el 15 de abril de 2008 desde www.med.com.mx/articulos.19071&id_sec542
21. Bozchovich, L. I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.

22. Bravo, A. & Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
23. Breva, A., Espinosa, M. & Palmero, F. (2000). Ira y reactividad cardíaca. Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de Psicología*, 16(1), 1-11.
24. Brunner, N., Farana A. L. & Rutlhein, A. Y. (2005). Prevalencia de hipertensión arterial en niños de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 142 (8-9), 4-6. Extraído el 15 de enero de 2008 desde med.unne.edu.ar/revista/revista142/2_142.htm Documento Word
25. Caggiani, M. & Farré, Y. (2006). 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. *Arch Pediatr Urug*, 77(3): 300-305 Extraído el 25 de mayo de 2008, desde www.suc.org.uy/.../3%20Consenso%20Urug%20HTA%20en%20el%20nino%20y%20el%20adolescente.pdf
26. Calviño, M. (2002). *Análisis dinámico del comportamiento*. La Habana: Félix Varela.
27. Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, B, Ramal, J. & Alemán, S. (2001). Diferencias de ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 203-213.
28. Campoy, G., García, J., Egea, A., Saurín, L. & Martínez, F. (2001). Influencia del nivel de intensidad afectiva en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea stroop. *REME*, 4(7). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>.
29. Carballo, R., et al. (1998). La hipertensión y la obesidad en el niño como factores potenciales de riesgo arteroeclerótico en el adulto joven. *Rev Cubana Invest Bioméd*, 17(2). Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03001998000200007&lng=es&nrm=iso.
30. Carbelo, B. & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Rev. Psic.*, 1(27). ISSN 0214 – 7823. Extraído el 5 de mayo de 2008 desde www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_hta.pdf

31. Cano Vindel, A. & Tobal, J. J. M. (2001). Emociones y salud. *ANSIEDAD Y ESTRÉS*, 7. Extraído el 12 de junio de 2008 desde www.ucm.es/info/seas/revista
32. Cea, J. I., Brazal, J. J. & González-Pinto, A. (2001). Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial. *R.E.M.E.* , 4(7). Extraído el 18 de Mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>.
33. Cervantes, J., Acoltzin, C. & Aguayo, A. (2000). Hipertensión arterial en menores. Diagnóstico y prevalencia de hipertensión arterial en menores de 19 años en la ciudad de Colima. *Salud Pública de México*, 42 (6), 529-532. Extraído el 21 de junio de 2008 desde www.insp.mx/rsp/_files/File/2000/num_6/426_7_diagnosticoyprev.pdf 11.
34. Clauss, G. & Hiebsch, H. (1974). *Psicología Infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.
35. Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas.
36. Clemente, R. A. & Adrián, J. E. (2004). Evolución de la regulación emocional y competencia social. *REME*, VII(17-18). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html> 280.
37. Clemente, R. M. (1996). *Contexto de desarrollo psicológico y educación*. Granada: Aljibe.
38. Cohen, L. & Mannion, L. (1990). *Métodos de investigación cualitativa*. Madrid : La Muralla.
39. Colás, M^a del P. & Buendía, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
40. Colectivo de Autores (2001). *Psicología del desarrollo. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
41. Colunga, C. (2005). Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. En, *Hipertensión arterial en la clínica*, Cap. 12.1. Extraído el 10 de Septiembre de 2007 desde <http://virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo12.1.pdf>.
42. Cook , T. y Reichardt, C. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación evaluativa*. Madrid :Morata.
43. Cortés, R. (2006). Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. *Arch Pediatr Urug*, 77 (3), 300-305. Extraído el 24 de enero de 2008 desde www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_hta.pdf 36.

44. Cruz, L. & Kraftchenko, O. (1995). *Selección de lecturas de psicología infantil y del adolescente*. La Habana: Pueblo y Educación.
45. Chobanian, A.V. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *Hipertensión*, 42, 1206-1252. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>
46. Delfín, M., Valdés, R., Tasis, M. & Lordies, L. (2004). Bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión en adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina*, 43(5-6). Extraído el 25 de Mayo de 2008 desde http://www.bus.cu/revistas/med/vol43_5_6_04/med39_04.htm.
47. Domínguez, L., Ibarra L. & Fernández, L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
48. Donas, S. (1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes*. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://escuela.med.pub.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/Leccion16/M4L16Caso.html>.
49. Duron-Merlo, C. & López- Aguilar, A. (2002). Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial en niños. *Rev Med Post Unah*, 7 (3). Extraído el 19 de mayo de 2008 desde www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-3-2002-12.pdf
50. Duménigo, D., Saura, M. C., González, G., Ores, J. A., Brito, E. (2004). Hipertensión arterial de 10 a 14 años. *Bol Pediatr*, 44(189), 156-160. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://www.sccalp.org/boletin.htm>.
51. Egidio, L. (2003). Hipertensión Arterial en Pediatría. *Revista Argentina de Anestesiología*, 61(3), 399-405. Extraído el 21 de junio de 2008 desde med.unne.edu.ar/revista/revista164/6.
52. E. O. E. P. No 1 (Equipo de orientación Educativa y Psicopedagógica No.1). (2005). *La educación emocional*. Extraído el 15 de mayo de 2008 de <http://www.public/pro/cinterfor/tdoc/not.pdf>.
53. Espinoza, Ch. (2007). Hipertensión Arterial Infantil y Adolescente. *JAMA*, 298(8). Extraído el 12 de junio de 2008 desde <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/298/8/874>

54. Esquivel, L. & Rubén, M. (2001). Identificación precoz y manejo inicial de adolescentes con sobrepeso. *Revista Cubana Pediatr*, 73(3),165-172. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v73n3/ped03301.pdf>.
55. Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29 (1-6). Extraído el 13 de junio de 2008 desde [.http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2002/art7.html](http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2002/art7.html).
56. Fernández, L. (2003). *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas*. Tomo I y II. La Habana: Félix Varela.
57. Fernández-Abascal, E. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
58. Fernández-Abascal, E. & Martínez, F, (1998). La reactividad fisiológica al estrés. Presentación del monográfico. *Ansiedad y estrés*, 4(2-3), 11-118.
59. Fernández-Abascal, E., Martín, D. & Domínguez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4),615-630. Extraído el 10 de Septiembre de 2007 desde <http://www.psicothema.com/pdf/1115.pdf>
60. Fernández-Concepción, O., Verdecie, O. I., Chávez, L., Álvarez, F. & Sánchez, M. (2002). Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Rev Neurol*, 34(7),622-627.
61. Figueroa, M. I., Continil, N., Lacurizza, A. B., Levin, 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.
62. Flynn, J. T. (2002). Differentiation between primary and secondary hypertension in children using ambulatory blood pressure monitoring. *Pediatrics*, 110(1),89-93. Extraído el 23 de Mayo de 2008 desde <http://pediatrics.aappublicationa.org/cgi/content/abstract/110/1/89>.
63. Francés, F., et al. (2001). Diferencias en ansiedad, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 203-213.
64. García, A. (2003). *Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.

65. García, M. A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital - Buenos Aires* (48). Extraído el 12 de junio de 2008 desde <http://www.efdeportes.com/>.
66. Gazzara, G., Álvarez, I., Barrenechea, M. del C., Basso, I. & Bernadà, M., (2002). Hipertensión arterial en el niño y el adolescente. *Arch Pediatr Urug*, 73(1), 26-31. Extraído el 21 de junio de 2008 desde www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=19071&id_seccion=1542&id.
67. Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3).
68. Goleman, D. (1998). *Cómo influyen las emociones en la salud*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.yogakai.com/goleman.htm
69. González, A. M., Fuentes, M. J., de la Morena, M. L. & Barajas, C. (1995). *Psicología del Desarrollo: Teorías y Prácticas*. Málaga: Aljibe.
70. González, F. (1985). *Psicología de la personalidad*. La Habana: Pueblo y educación.
71. González, F. (1989). *Psicología, principios y categorías*. La Habana: Ciencias Sociales.
72. González, F. (1997). *Epistemología Cualitativa y subjetividad*. La Habana: Pueblo y Educación
73. González, F. & Mitjans, A. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
74. González, F. & Valdés H. (1994). *Psicología humanista. Actualidad y desarrollo*. La Habana: Academia.
75. González, P. (1997). *Psicología de los grupos. Teoría y Práctica*. Madrid: Síntesis.
76. González, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide
77. González T., Deschappelles, E. & Rodríguez V. (2000). Hipertensión arterial y estrés: una experiencia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 29(1), 26-29. Extraído el 16 de Mayo de 2008 de sdehttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=s0138-65572000000100004&lng=es&nrm=isc.

78. Gómez, M. T. (2000). *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. Revisado el 12 de Mayo de 2005 desde <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-4-03.htm>
79. Giglio, C. (2008). *Emociones y Salud*. Área monografía: psicología. Extraído el 5 de mayo de 2008 desde [www. /Emociones%20y%20salud.htm](http://www.Emociones%20y%20salud.htm)
80. Guerra, V. M. (2001). *Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años*. Herrera L. F., García E., tutores. Trabajo presentado para optar por el grado de Dr. En Ciencia Psicológicas. UCLV, Santa Clara.
81. Guzmán, T. (2008). *Emociones. Las emociones en la adolescencia*. Extraído el 12 de junio de 2008 desde <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto200/art7.html>. PDF, Córdoba
82. Halabe, B. (2002). Hipertensión arterial en la infancia: la importancia de tomar la presión arterial en la consulta externa. *Rev Fac Med UNAM*, 45 (6). Extraído el 12 de octubre de 2008 desde www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-6/RFM45603.pdf
83. Hari, P., Bagga, A. & Srivastava, R. N. (2000). Sustained hypertension in children. *Indian Pediatrics*, 37(3),268-279. Extraído el 10 de Mayo de 2008 desde <http://www.indianpediatrics.net/march-268-274.htm>.
84. Hernández, R. (2007). *Metodología de la investigación (Vol. I)*. La Habana: Félix Varela.
85. Herrera, J. & Amigo, I. (1993). Hipertensión arterial y bata blanca. *Hipertensión* 10(9), 301-304.
86. Hernández, E. (2003). *Hipertensión arterial en pediatría*. Extraído el 16 de Mayo de 2008 desde <http://www.fhalcorcon.org/areamedica/serviciosmedicos/pediatria/protocolos/hipertension.htm>.
87. Hernández, F., MENA, A., Rivero, M. & Serrano, A. (1996). Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 12(2). Extraído el 8 de Septiembre de 2007 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086421251996000200007&lng=es&nrm=iso.
88. Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Tomo I y II. La Habana: Félix Varela

89. Hoelgholm, A., Kristensen, K. S., Bang, L. E. & Gustavsen, P. H. (2000). Hipertensión de bata blanca y variabilidad de la presión arterial. *American Journal of Hipertensión*, 2, 30-37.
90. Huerta, B. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*. Extraído el 16 de Mayo de 2008 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011ag.pdf>.
91. Ingaramo, R. A. (2005). *Estrés mental e hipertensión arterial*. Extraído el 12 de Mayo de 2008 de <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c055/ingara.htm>
92. Jabary, N. S., Bretaña, M., Ardura, J. & Sánchez, G. (1994). Hipertensión arterial en adolescentes, toma casual vs registro continuo ambulatorio de la presión arterial. *Nefrología*, XIV (3). Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://www.aulamedicamultimedia.com/sen/revista/Articulos/140309.PDF>
93. Kavey, R. E., Daniels, S. R., Lauer, R. M., Atkins, D. L., Hayman, L. L., Taubert, K. (2003). American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Pediatr*. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde http://www.adcs.com.ar/Pub_Junio/Guias_de_prevenccion_primaria.asp)
94. Kon, I. S. (1982). *Psicología de la edad juvenil*. La Habana: Pueblo y Educación.
95. Krauskopf, D. (1995). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente. Cartagena de Indias, Colombia. Extraído el 12 de Mayo de 2008 desde <http://www.cinterfor.org.vy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37.pdf>.
96. Krmar, R. T., Galarza, C. R., Wharen, C. G., Catasicarís, C. & Ruiz, C. (1999). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Avances en Medicina* 99, 57-73. Extraído el 8 de Septiembre de 2007 desde <http://www.sam.org.ar/publicaciones/ambulatoria/ambulatoria00/05.pdf>.
97. Lagomarsino, E. (2005). *Hipertensión arterial en Pediatría*. Extraído el 12 de Septiembre de 2007 de [sdehttp://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/HTAPediat.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/HTAPediat.html).

98. Landeta, O. (1999). Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *REME*, 2(2-3), 149-155. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>.
99. Loera, M. (2008). *Niños con hipertensión arterial*. Extraído el 21 de junio de 2008 desde www.comsoc.udg.mx/gaceta/paginas/516/G516_COT%2010.pdf
100. Larson, R. & Lampman, C. (2008). *Estados Emocionales Cotidianos manifestados por niños y adolescentes*. Extraído el 24 de abril de 2008 desde www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos6.htm.
101. Lemos K. E., Miño, A. G., A., Ortellado, V. & Lukeštik, F. J. (2006). Hipertensión arterial esencial en niños y adolescentes: factores de riesgo y características. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 20 (164). Extraído el 15 de abril de 2008 desde med.unne.edu.ar/revista/revista164/6_164.pdf.
102. López, M. (2008). . La integración de las habilidades sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 3 (1). ISSN 1851-3441. Extraído el 12 de junio de 2008 desde www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch06_3/v104n3a01.pdf 977
103. Lorenzo, K. (2000). *El escolar socialmente competente: una construcción contextual*. Alvarez I. M., Tutora. Tesis de Diploma, UCLV, Santa Clara.
104. Luma, G. B. , & Spiotta, R. T. (2006). Hypertension in children and adolescents. *Am Fam Physician*, 73(9), 1558-1568. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://www.aafp.org/afp/20060501/1558.html>
105. Lurbe, E. & Torró, I. (2002). Hechos e interrogantes en la hipertensión arterial del adolescente. *Nefrología*, XXII, Suplemento 2, 15-17. Extraído el 29 de Mayo de 2008 desde <http://www.grupoaulamedica.com.web/nefrologia/pdf/s202/pdf>.
106. Lurbe, E., Torró, I. & Cremades, I. (2001). *Hipertensión arterial en niños y adolescentes*. Extraído el 16 de Mayo de 2008 desde <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/13-hipertension-arterial.pdf>.
107. Llanes, M. del C., Chávez, E., González, Garí, M. & González, E. (2008). Asociación entre factores de riesgo y detección de hipertensión arterial en la infancia. IV Simposio Internacional de Hipertensión Arterial. II Taller sobre Riesgo Vascular, Villa Clara. ISBN: 978-959-250-376-2

108. Llapur, R. & González, R. (2006). Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Pediatr*, 78 (1). Ciudad de la Habana.
109. Marclay, L. & Murata, P. (2008). *Stress Management, Lifestyle Modification Help Control SBP in Ederly Patients*. Extraído el 21 junio, 2008 de www.medscape.com/viewarticle/572519 .
110. Málaga, S. (2005). *Adolescente con hipertensión arterial*. Extraído el 10 de Mayo de 2008 desde <http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/caso1.pdf>.
111. Martín, M. D., Jiménez, M.P. & Fernández-Abascal, E. G. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Reme*, 3(4). Extraído el 4 de Mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>.
112. Martínez, U. (2007). *Hipertensión arterial en niños: un reto para el médico de familia*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.uvfajardo.sld.cu/Members/esperancita/hipertension-arterial-en-ninos-un-reto-para-el-medico-de-familia. 2007
113. Martínez, D. (2005). *Habilidades sociales*. Extraído el 16 de Mayo de 2008 desde <http://www.monografias.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc.html>.
114. Martínez, J. (2001). *Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una población rural*. Extraído el 12 de Septiembre de 2007 desde <http://www.unne.edu.ar/crt/2001/3-Medices/M-024.pdf>.
115. Martínez, V. (2005). *Competencia social en la escuela*. Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=393>.
116. Méndez, L. (2008). La Prehipertension en la infancia como predictor de riesgo de la hipertensión arterial en la vida adulta.
117. 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.
118. Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I. & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión arterial. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216.

119. Mijares, I. (2005). *Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en adolescentes de noveno grado*. Diago, D. y Torriente, N., tutores. Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de especialista en Medicina General Integral. Extraído el 20 de Septiembre de 2007 desde <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkFyFEylAgITKZDPQ.php>.
120. Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. En Ciencias psicológicas. Roca, M. A., tutor UCLV, Santa Clara.
121. Molina, I, Fadragas, A. L., Reyes, Y. & Rodríguez, L. (2007). *Factores de riesgo de hipertensión arterial en niños y adolescentes*. Extraído el 24 de abril de 2008 desde www.uvfajardo.sld.cu/Members/imolina/factores-de-riesgo-de-hipertension-arterial.
122. Moreno, A. & Javier, F. (2008). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes de una zona rural*. Extraído el 21 de junio de 2008 desde <http://www.ucm.es/eprints/4558/>
123. Moscoso, M. S. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología, III (3)*. Extraído el 5 de mayo de 2008 desde isbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/psicologia/1998_n3_/estres_salud.htm
124. Muñoz, S. & Razetti, L. (1995). Estudios sobre la génesis temprana de la hipertensión arterial en el niño. *Gac Méd Caracas, 103(4)*, 320-326. Extraído el 22 de mayo de 2008 desde [www.anm.org.ve/FTPANM/online/1995/Octubre_Diciembre/04.%20Mu%F1oz%20\(320-326\)](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/1995/Octubre_Diciembre/04.%20Mu%F1oz%20(320-326)).
125. Muñoz de Morales, M. (2004). La intervención psicopedagógica en educación emocional. *Ansiedad y Estrés, 20(13)*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.ucm.es/info/seas/revista_600
126. National Heart, Lung and Blood Institute. US Department of Health and Human Services. Prevent and Control America's High Blood Pressure. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://hp2010.nhlbihin.net/mission/aboutbhp/aboutbhp.htm>.
127. Olguín, J. R. (2006). *Inteligencia Emocional*. Extraído el 25 de mayo de 2008 desde <http://www.emociones.com/articulos/?articulo=393>
128. Oliva, A. & Parra, A. (2005). *Autonomía emocional durante la adolescencia*. Revisado el 12 de Mayo de 2008 desde <http://www.pdipas.us.es/o/oliva/AEm.doc>.

129. Olvera, E. (2003). *De niños, adolescentes, emociones y saber: Una propuesta de intervención hacia una nueva Psicopedagogía*. Extraído el 24 abril de 2008 desde www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/11927/ 13.
130. Ortiz, B. (1999). El constructo de intensidad afectiva: una revisión. *REME*, 2(2-3). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>.
131. Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema* 2(2), 93-112.
132. Programa Nacional de Prevención, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública.
133. Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (2002). *Desarrollo psicológico y educación. I. Psicología Evolutiva*. España: Alianza.
134. Palmero, F. (2001). Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *REME*, 2 (2-3). Extraído el de 12 mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html> 900
135. Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. & Carpi, A. (2005). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *REME*, IX(23-24). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>. 950
136. Palmero, F. (2004). La emoción desde el modelo biológico. *REME*, 6(13) 500. Extraído el 12 mayo, 2008 de <http://reme.uji.es/remesp.html>.
137. Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C & Caroi, A. (2004). La emoción desde el modelo cognitivista. *REME*, VI(14-15). Extraído el 12 mayo, 2008 de <http://reme.uji.es/remesp.html>
138. Pérez, G. A. (2002). Estrés e hipertensión arterial. Resultados del proyecto Hacia un pesquiasaje en la adolescencia de HTA (PESESCAD-HTA). *Medicina General*, 41, 99-104. Extraído el 15 de abril de 2008 desde www.medicinageneral.org/febrero2002/99-104.pdf 10.
139. Pérez, N. & Camuñas, M. A. (1998). Estilo atribucional y emociones negativas: una revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 9. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.ucm.es/info/seas/revista

140. Pérez, M. A. & Redondo, M. M. (2002). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *REME, IX(22)*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>
141. Pérez, Y. (2006). *Factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes*. Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica. Guerra, V., Molerio, O., tutoras. UCLV, Santa Clara.
142. Peris, R. & Agut, S. (2007). Evolución conceptual de la Identidad social. El retorno de los procesos emocionales. *Ansiedad y Estrés, X (26-27)*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde www.ucm.es/info/seas/revista.
143. Petrovski, A. (1985). *Psicología evolutiva y pedagógica*. Moscú: Progreso.
144. Pinazo-Calatayud, D. (2005). Una aproximación al estudio de las emociones como sistemas dinámicos complejos. *REME, IX(22)*. Extraído el 12 mayo, 2008 de <http://reme.uji.es/remesp.html>.
145. Ramírez, J. (2006). Presión normal e hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Arch.argent.pediatr, 104(3)*, 193-195. Extraído el 12 de junio de 2008 desde www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch06_3/v104n3a01.pdf
146. Rieffe, C. (2004). Emotion regulation in deaf children. *REME, VII(17-18)*. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>
147. Righetti, J. (2005). *Abordaje de la Prevención de Enfermedad cardiovascular en Niños y Adolescentes. Guías FAC III Comité de Epidemiología y Prevención de FAC 4to. Congreso Virtual de Cardiología*. Extraído 21 de junio de 2008 desde Revuelta, A. (2204). Factores de riesgo psicosocial en la cardiopatía isquémica. *Psiquis, 25(2)*, 27-38.
148. Rocchini, A. P. (2003). *Hypertension in the pediatric population*. Extraído el 23 de Mayo de 2008 desde <http://www.pediatricweb.com/seattle/article.asp?ArticleD=818&Articletype=9>
149. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.
150. Rodríguez, J., Pastor M. A. & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*, Suplemento (Monográfico-Psicología Social), 349-372.

151. Rojo, M. (1980). *Metodología de la investigación*. La Habana: Universidad de La Habana.
152. Saieh, A. (2006). Hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. Extraído el 26 abril de 2008 desde www.sld.cu/galerias/doc/sitios/puericultura/hipertension_arterial_en_la_infancia_y_la_adolescencia.
153. Sánchez, R. O. (2002). Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular. Extraído el 25 de mayo de 2008 desde <http://www.medhue.cl/64573.doc.354>.
154. Sardín, B. (2003). *Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico*. Extraído el 25 de mayo de 2008, desde [www.sld.educ. dist. /archivos/75849](http://www.sld.educ.dist. /archivos/75849).
155. Sánchez, A. P. (2001). *Particularidades de la ansiedad en niños portadores de leucemia linfoblástica aguda, de 8 a 10 años de edad*. Guerra, V., tutora. Trabajo de diploma. UCLV, Santa Clara.
156. Scout, H. (1990). Correlaciones de la satisfacción de vida infantil. Extraído el 24 de mayo de 2008 desde <http://www.sccalp.org/boletin.htm>.
157. Segarte, A., Martínez, G. A. & Rodríguez, M. E. (2003). *Psicología del desarrollo del escolar. Selección de lecturas*. Tomo I. La Habana: Félix Varela.
158. Stake, R.E. (1998). Investigación con estudios de casos. Madrid: Morata.
159. Simsolo, R., Grunfeld, B. & Gutierrez, R. (2008). *Identificación del niño y adolescente hipertenso: Experiencia Clínica*. Extraído el 12 de abril de 2008 desde www.sac.org.ar/Publicaciones/boletin/3/identificaciondelnino.pdf 29
160. Suárez, J. J., Álvarez, L. M. & Campillo, R. (2004). Comportamiento de percentiles de tensión arterial asociados a factores de riesgo en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(2), p 0-0. Extraído el 16 de Mayo de 2008 desde http://scielo.sld.cu.scileo.php?script=sci_arttext&pid=s086421252004000200002&lng=es&nrm=lsc.
161. Talabera, Y. *El desarrollo social en el inicio de la edad escolar: una caracterización desde la escuela, el grupo y la familia*. Alvarez, I. M. & Lorenzo, K., tutoras. Tesis de Diploma. UCLV; Santa Clara.
162. Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós: Barcelona.

163. U.S. Department of Education. (1999). *Conference on Early Adolescence—Papers and Final Report*. Washington, DC. Extraído el 12 de abril de 2008 desde <http://www.ed.gov/pubs/edpubs.html>.
164. U.S. Department of Education (2005). *Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*. Washington, DC. Extraído el 12 d abril de 2008 desde <http://www.ed.gov/pubs/edpubs.html>.
165. Vigostky, L. S. (1949). *Las funciones psíquicas superiores*. Moscú.
166. Vigostky, L. S. (1979). Zona de desarrollo p´oximo, una nueva aproximación. En Vigostky, L. S., *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores*, 130-140. España: Grijalbo.
167. Vigostky, L. S. (1987). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Científico-Técnica (orig. 1960).
168. Vigostky, L. S. (1996). Obras escogidas. Psicología Infantil. Tomo IV. Madrid: Visor Fotocomposición (orig. 1984).
169. Vila, J. & Fernández-Santaella, M. C. (2004). Emoción y modulación de reflejos: nuevas perspectivas psicofisiológicas. *REME*, VI(14-15). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>
170. Villanueva, L., Clemente, R., Adrián, J. E. (2005). Presentación del monográfico "Desarrollo emocional y competencia social". *R. E. M. E.*, VII (17-18). Extraído el 10 de Septiembre de 2007 desde <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022508105>.
171. villanueva, L, Clemente, R. A. & Adrián, J. E. (2001). La comprensión infantil de la emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos. *REME*, 2 (2-3). Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://reme.uji.es/remesp.html>
172. Wettig, E. (2005). *Hipertensión arterial en edad pediátrica*. Revisado el 23 de Mayo de 2008 desde <http://www.sociedadmedicallanquihue.cl/pediatria/cardilogiainfantil/hipertensionarterial.htm>.
173. Zaldívar, D. F. (2005). Competencia y habilidades sociales. Extraído el 16 de Septiembre de 2007 desde saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=186.

174. V Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in children and adolescent (2004). *Pediatrics*, 114 (2). Extraído el 15 de enero de 2008 desde [http:// www.sccalp.org/boletin.htm](http://www.sccalp.org/boletin.htm).

ANEXO # 1

PSICOLOGIA

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 mas tiempo en la casa.
-6. Yo desearía que mamá estuviera mas tiempo en la casa.
-7. Me gustaría tener un hermano o una hermana.
-8. MI padre es muy dominante y autoritario.
-9. Me siento que no formo parte de la familia.
-10. No me gusta invitar amigos a mi casa.
-11. Mis padres tienen favoritos y preferidos entre los hijos.
-12. Mis padres me presionan a que yo estudie el día de mañana lo que ellos quieren y no lo que yo quiero.
-13. Mis padres no me dejan tomar mis propias decisiones.
-14. Mis padres no confían en mí.
-15. Mis padres esperan demasiado de mí.
-16. Quisiera que mis padres no me trataran como a un niño chiquito.
-17. Me avergüenzo de las costumbres de mis padres.
-18. Siento deseos de irme de mi casa.

-19. Temo decirle a mis padres que he cometido una falta.
-20. Mis padres se oponen a mis tendencias de seguir las modas.
-21. Mis padres me regañan mucho para que estudie.
-22. Mis padres no se ocupan de mí.
-23. Mis padres no quieren admitir que algunas veces tengo razón.
-24. Mis padres son fríos con mis amigos.
-25. Mis padres no están interesados en lo que haga.
-26. Mis padres me regañan mucho.
-27. Yo temo a mis padres.
-28. Mis padres no contestan a mis preguntas.

ANEXO # 2

ROMBO AFECTIVO

Nombre: _____ .Edad: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Mis tres alegrías:



Mis tres miedos:



Mis tres tristezas:



Mis tres roñas:



ANEXO # 3

Test de completar frases para adolescentes

Nombre: _____

Grado: _____

Escuela _____

Consigna: Completa las frases que a continuación se te presentan:

1. Es agradable _____
2. El futuro _____
3. En ocasiones _____
4. La mayor aspiración _____
5. La amistad _____
6. La mayor dificultad _____
7. El estudio _____
8. Mucho miedo _____
9. Los profesores _____
10. Es molesto _____
11. La habitación del _____
hogar _____
12. La gran ilusión _____
13. Lo prohibido _____
14. Es difícil _____
15. El castigo _____
16. La familia _____
17. Lo más querido _____
18. Es triste _____
19. El hogar _____
20. La amistad _____
21. La escuela _____
22. El peligro _____
23. La mayor aspiración _____
24. Los padres _____
25. Es alegre _____
26. Respetar _____
27. Los obstáculos _____
28. En el futuro _____
29. El amor _____
30. Es una felicidad _____
31. Las calificaciones _____
32. Nunca _____
33. En la diversión _____
34. En secreto _____
35. El aula _____
36. Lo peor _____
37. La vida _____
38. Al contrario _____
39. Los deportes _____
40. Es muy importante _____

- 41. Ser bello _____
- 42. El peor defecto _____
- 43. Las otras personas _____
- 44. El fracaso _____
- 45. Las cosas _____
- 46. La mayor virtud _____

ANEXO # 4

Historias Proyectivas

ANEXO # 5

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños de Ch. D. Spielberger. Inventario de Autoevaluación

IDAREN AUTO EVALUACION E-R

Apellidos:-----Nombres:-----

Edad:--- Sexo:--- (M-F) Centro:-----

Grado:----- Fecha:-----

INSTRUCCIONES:

PRIMERA PARTE

Frases 1 a 20

En la primera parte encontraras 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 como te encuentras AHORA.

SEGUNDA PARTE

Frases 1 A 20

En la segunda parte encontraras más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga como 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 como te encuentras **GENERALMENTE**.

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

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

**COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**