

UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Particularidades de la regulación de emociones displacenteras en
adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial

Tesis presentada en opción al Grado Científico de
Doctor en Ciencias Psicológicas

Autora: MSc. Yudit Pérez Díaz

Santa Clara

2014

UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Particularidades de la regulación de emociones displacenteras en
adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial

Tesis presentada en opción al Grado Científico de
Doctor en Ciencias Psicológicas

Autora: MSc. Yudit Pérez Díaz

Tutora: Dra. C. Vivian Guerra Morales

Asesora Estadística: Dra. C. Gladys Casas Cardoso

Santa Clara

2014

...la felicidad, la salud y la prosperidad son el resultado de un ajuste armonioso del interior con el exterior del hombre.

James Allen

Dedicatoria

*A mi mamá,
...porque este fue uno de los sueños que construimos juntas.*

Agradecimientos

Agradezco mucho a aquellas personas que han hecho posible este proyecto. En primer lugar a mi familia, que me ha acompañado en todos los momentos con un apoyo incondicional.

Mi agradecimiento a todos los profesores que contribuyeron con mi formación profesional y personal. Muy especialmente a mis colegas de la Facultad de Psicología, por las orientaciones y palabras de apoyo. Mencionar nombres sería injusto, porque todos han colaborado con mi trabajo en uno u otro momento.

Muchas gracias a la Dra. Idania y al Dr. Alexis, por sus oportunas y sabias recomendaciones y señalamientos.

A mi tutora Vivian, le agradezco el tiempo dedicado y las orientaciones, siempre dándome aliento. A las personas del CDE, especialmente Emilio, Santiago y Carmencita, por su gran ayuda en todo momento.

Al proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud”, por permitirme ser su miembro e investigar sobre temáticas tan necesarias.

A los sujetos de la muestra, adolescentes y familiares, sin ellos no habría sido posible este proyecto.

Al personal del Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Villa Clara, por la colaboración brindada.

A todas y todos, muchas gracias.

SÍNTESIS

La investigación tuvo como objetivo caracterizar la regulación de emociones displacenteras en adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara. En el estudio se asumió un paradigma mixto, bajo un diseño no experimental y transversal. De manera secuencial, se desarrollaron dos etapas: la primera, predominantemente cuantitativa y la segunda, predominantemente cualitativa. Se utilizaron pruebas psicológicas como las siguientes: la entrevista psicológica; la DERS-E, para adolescentes; la MARS, versión adolescente; el IDAREN; el IDEREN y el STAXI-II N/A, entre otras. Los resultados obtenidos posibilitaron identificar la tendencia disfuncional que caracterizó la regulación emocional de los pacientes, constatándose la persistencia e intensidad de sus emociones displacenteras, sobre la base de una comprensión emocional inadecuada y estrategias de regulación poco adaptativas. La ansiedad fue la emoción displacentera más frecuente, relacionada con la supresión emocional como estrategia predominante; ambos constituyeron los aspectos más importantes en la tendencia disfuncional que presentó la regulación emocional. De este modo, se evidenciaron necesidades de atención psicológica en los adolescentes hipertensos, de gran valor para su diagnóstico y tratamiento integral.

Palabras clave: emociones displacenteras, regulación emocional, adolescentes, hipertensión arterial esencial pediátrica.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
1.1. La hipertensión arterial esencial como un problema de salud en la adolescencia.....	10
1.2. Funcionalidad de las emociones: implicaciones para el proceso salud- enfermedad.....	14
1.3. La regulación emocional: premisas para su estudio.....	20
1.4. La comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional.....	27
1.5. La regulación emocional durante la adolescencia.....	32
CAPÍTULO 2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
2.1. Diseño Metodológico.....	39
2.2. Enfoque predominantemente cuantitativo.....	41
2.2.1. Población y muestra.....	41
2.2.2. Operacionalización de las variables.....	45
2.2.3. Pruebas psicológicas para la recogida de la información.....	49
2.2.4. Procedimiento.....	54
2.2.5. Análisis de los datos.....	57
2.3. Enfoque predominantemente cualitativo.....	59
Consideraciones éticas.....	64
CAPÍTULO 3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	65
3.1. Adaptación cubana de instrumentos para evaluar la regulación emocional en los adolescentes hipertensos.....	65
3.2. Caracterización de las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos.....	68
3.3. Identificación de las particularidades de la comprensión emocional y las	

Índice

estrategias de regulación emocional en los adolescentes hipertensos....	75
3.4. Determinación de los indicadores de la regulación de emociones displacenteras más importantes para la funcionalidad del proceso.....	86
3.5. Valoración de la funcionalidad del proceso de regulación de emociones displacenteras.....	94
3.5.1. Análisis cruzado de los casos.....	95
3.5.2. Análisis integrador del estudio de casos.....	106
Análisis integrador de los resultados.....	111
CONCLUSIONES.....	116
RECOMENDACIONES.....	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
ANEXOS.....	

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX tuvo lugar una revolución en la concepción de la salud, entendiéndose como un proceso variable, de equilibrio y desequilibrio entre la persona y su ambiente total (Morales, 1997). Este hecho permitió la comprensión dialéctica del proceso salud-enfermedad, donde la interacción de factores con diversa naturaleza determina la dinámica entre ambos extremos en una persona o grupo particular (Roca, 2002).

Unido a lo anterior, se han producido cambios en los perfiles epidemiológicos de numerosos países, donde las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran entre las primeras causas de muerte. Precisamente en Cuba, que presenta indicadores de salud similares a las naciones desarrolladas (Domínguez-Alonso y Zacea, 2011; López, 2012), los tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares son las principales causas en este sentido (MINSAP, 2014).

De este modo, en el panorama actual de la salud humana ninguna disciplina puede ofrecer respuestas unilaterales en la explicación del continuo salud-enfermedad. Corresponde a la Psicología el abordaje de la dimensión psicológica en dicho proceso, con el objetivo de optimizar las relaciones del individuo con su medio, en función de sus potencialidades reales (Roca, 2002).

De las enfermedades crónicas presentes en nuestro país, se destaca la hipertensión arterial (HTA) por su prevalencia elevada, poseyendo las mayores tasas en la provincia de Villa Clara cuando se compara con la diabetes mellitus y el asma bronqueal (MINSAP, 2014). Ella se vincula con las principales causas de muerte y su control adecuado puede reducir la mortalidad por enfermedades cerebro vasculares hasta en un 40% (Alfonzo, 2010a, 2010b; Delfín, 2012). Por tanto, constituye un problema de gran importancia sanitaria, económica y social.

El estudio de la HTA esencial también ha sido reflejo del tránsito desde el enfoque biomédico hacia el biopsicosocial (Molerio, 2004). Actualmente, las investigaciones en este campo nos presentan la interacción entre diversos factores, donde la Psicología Clínica y de la Salud ha aportado el conocimiento de la influencia de variables psicológicas, especialmente las emociones (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Espinosa,

Introducción

García-Vera y Sanz, 2012; García-Vera, Sanz, Espinosa, Fortún y Magán, 2010; Gaviria et al., 2009; Meng, Chen, Yang, Zheng & Hui, 2012; Molerio y García, 2004).

Estudios recientes han puesto de manifiesto la incidencia cada vez mayor de la HTA esencial en los niños y adolescentes, con una prevalencia del 3 al 5 % y con tendencia al aumento, tanto a nivel mundial como en nuestro país (Andrade et al., 2010; de Oliveira, Carreiro Soares, Leite y Saldanha, 2013; Llanes et al., 2010; Magliano, Guedes, Freire & Vergetti, 2013; Narchi, 2011; Pérez, 2011). Es por ello que se enfatiza la importancia de la intervención temprana en Pediatría, teniendo en cuenta el rol de la HTA en la epidemia actual de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico en los menores (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004).

Las cifras elevadas de presión arterial que se presentan durante la niñez y la adolescencia tienden a mantenerse, mostrando un valor predictivo importante para la HTA del adulto, término conocido como *tránsito de la hipertensión arterial* o *tracking* (Lauer, Anderson, Beaglehole & Burns, 1984). Lo anterior integra al adolescente en este importante problema de salud a nivel mundial, por la posibilidad de modificar el curso de la enfermedad con una intervención precoz (Chen, Srinivasan, Ruan, Mei & Berenson, 2011; Doroteia et al., 2012; Falkner & Gidding, 2011; González, Llapur, Jiménez y Sánchez, 2012; Lim, 2013; Lo et al., 2013).

En Cuba, la Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública (2006) ha incorporado acápites y pronunciamientos sobre grupos especiales, incluyendo niños y adolescentes. En ellos se resalta el inicio de la enfermedad desde la niñez y, por tanto, la importancia de su diagnóstico y tratamiento oportunos en aras de garantizar su mejor control y evitar complicaciones.

Lo anterior es reflejo de una política atencional de salud a nivel mundial. Debido al creciente impacto de las afecciones crónicas como la HTA, la OMS ha promovido el enfoque poblacional y de riesgo desde la década de los 70, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de las enfermedades. Conjuntamente, se ha ampliado la concepción de esta última abarcando diferentes niveles, desde el trabajo únicamente con

Introducción

personas supuestamente sanas hasta aquellas en estadios determinados del trastorno, para detener su avance y atenuar sus consecuencias (OMS, 1998).

De acuerdo con los tres niveles de prevención que se plantean, la de tipo secundaria se encuentra destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad, pudiéndose brindar un tratamiento oportuno que evite o retarde sus secuelas (OMS, 1998; Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011). La identificación de los factores de riesgo continúa siendo el núcleo central de estas acciones, pero fundamentalmente los que se encuentran asociados al curso y progresión de la patología.

De esta manera, se constata el incremento de las investigaciones vinculadas con la HTA esencial del adolescente y la evaluación de los factores de riesgo asociados, aunque de naturaleza biológica o comportamental principalmente, siendo estudiadas en menor medida las variables psicosociales (Álvarez, Terrero, Díaz y Ferrer, 2010; Lurbe et al., 2010; Llanes, Chávez, González, Garí y González, 2008; Llanes et al., 2010; Llapur y González, 2006; Hammerton, Harold, Thapar & Thapar, 2013; Starner & Peter, 2004; Veloso et al., 2012).

Este último elemento también se percibe en Cuba, donde la historia de la labor del psicólogo en las instituciones de salud es muy rica, no ocurriendo así en cuanto a la atención en el sector infanto-juvenil (Lorenzo, Alba y Rodríguez, 2005), lo cual se constata al revisar las investigaciones en este sentido, que resultan aún insuficientes. La Psicología de la Salud Infanto-Juvenil tiene entre una de sus principales funciones, el estudio y la atención especializada de los niños y adolescentes con enfermedad crónica, siendo actualmente un área aplicada con un desarrollo que debe ir en ascenso, de acuerdo con las demandas también crecientes que existen.

Siguiendo las pautas teórico-metodológicas que guían la labor profesional correspondiente con esta área de aplicación, se han asesorado estudios en el municipio de Santa Clara desde hace más de 10 años y realizados por psicólogos de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas (UCLV), constituyendo los principales antecedentes de la investigación. Esta última pertenece al Proyecto "Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud", correspondiente al Programa Ramal de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Introducción

y auspiciado por el Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Villa Clara, conjuntamente con la UCLV.

La evaluación de las variables psicológicas en el adolescente hipertenso como parte de dichos estudios, ha permitido delimitar las emociones como factores de riesgo asociados a la enfermedad, especialmente la ansiedad y, en menor medida, la tristeza y la ira (Alonso, 2004; Balsa, 2012a, 2012b; Balsa y Barreiro, 2009; Cárdenas, 2011; Padilla, 2008; Pedraza, Pérez y Guerra, 2011; Pérez, 2006; Pérez y Guerra, 2014a; Pérez y Villa, 2004; Suazo, 2010).

Los resultados anteriores avalan la implicación que pueden presentar las emociones en el proceso salud-enfermedad. En este sentido, se ha transitado hacia una concepción de las mismas centrada en las funciones importantes que pueden cumplir: motivacionales, organizativas, adaptativas, entre otras, contribuyendo con la consecución de objetivos por parte de la persona (Campos, Mumme, Kermoian & Campos, 1994; Cole, Michel & Teti, 1994; Gross & Thompson, 2007; Izard, 2010; Ortega, 2010; Palmero, Guerrero, Gómez y Caroi, 2006; Rendón, 2007; Saarni, 2011).

Bajo estas premisas, se destaca cómo las emociones pueden resultar menos constructivas en circunstancias que compliquen la óptima interacción del sujeto con su entorno (Roca, 2014a). Por tanto, a partir de su significado funcional, las emociones presentan un potencial de riesgo-beneficio para la salud humana; ellas pueden beneficiarla en la misma proporción que pueden dañarla, donde mucho depende de la capacidad personal para regularlas con éxito ante cada situación (Gross & Thompson, 2007).

De esta forma, la regulación emocional (RE) se convierte en una cuestión necesaria para el estudio de las emociones, presentando implicación en su connotación funcional, pudiendo ser especialmente relevante en la relación que existe entre ellas y el proceso salud-enfermedad (Fernández-Abascal, 2009; Gross & Thompson, 2007; Molerio, 2004; Rendón, 2007).

En los últimos 20 años se han incrementado notablemente los estudios sobre la RE, planteándose su importancia para el bienestar emocional y psicológico, para el funcionamiento social y, en general, para el desempeño, ajuste y comportamiento de las

Introducción

personas en prácticamente todos los ámbitos de su vida (Company, Oberst & Sánchez, 2012; English, John, Srivastava & Gross, 2012; Gross & Thompson, 2007; Hervás y Vázquez, 2006).

Es por ello que la RE se ha convertido en una de las construcciones más sólidas y críticas en la comprensión del desarrollo y el funcionamiento humano, pudiéndose reconocer varios modelos o propuestas teóricas acerca de este constructo. Cada uno de ellos se centra en determinados elementos vinculados con la RE, realizando aportes en este sentido.

Dentro de estas perspectivas teóricas, se destaca la cognitivista, abordando los procesos cognitivos que participan en la RE (Garnefski, Rieffe, Jellesma, Meerum & Kraaij, 2007; Jódar, Núñez y Pitillas, 2004; Mihalca & Tarnavska, 2013; Moyal, Henik & Anholt, 2014); mientras que desde el enfoque evolutivo, se enfatiza la implicación de dicha regulación para diversas facetas del desarrollo humano, así como los factores internos y externos que influyen en su formación y expresión en diversas etapas de la vida (Ato, González y Carranza, 2004; Kay, 2011; Opitz, Gross & Urry, 2012). A pesar de sus aportes, ambos presentan una visión incompleta y fraccionada de la RE.

Desde una concepción más integradora, resalta el *Modelo de dominios de respuesta* (Dodge & Garber, 1991), que considera tanto factores individuales como interpersonales, con una visión dinámica e interaccionista. Sin embargo, es un modelo que no abarca toda la complejidad del proceso de RE, teniendo en cuenta los mecanismos psicológicos que se encuentran en su base; además, no aborda de manera suficiente la connotación de este proceso para la relación del individuo con su entorno social.

Por su parte, el *Modelo de Regulación Emocional* de Gross y cols. (Gross, 1998, 1999; Gross, Richards & Jhon, 2006; Gross & Thompson, 2007) representa uno de los más consensuados y el más ampliamente utilizado hasta la fecha (Abascal, 2009; Webb, Miles y Sharan, 2012). En él se aborda la RE como proceso complejo, que cumple funciones importantes para el logro de las metas por parte de la persona. Propone una secuencia de procesos y momentos, desde que el sujeto se encuentra frente a una situación y centra su atención en ella, la evalúa y emite la respuesta emocional; cada uno de estos momentos

Introducción

puede ser regulado mediante estrategias diversas que generalmente co-ocurren (Gross & Thompson, 2007).

El modelo de Gross y Thompson (2007) aborda la RE funcional, siendo elaborado a partir de los supuestos de la Psicología General. Sin embargo, también se ha difundido en los últimos 10 años otra propuesta teórica desde un enfoque más clínico: la de Gratz y Roemer (2004). En ella se aportan dimensiones o parámetros para comprender las dificultades, déficits o trastornos en la RE; destaca el lugar central de los procesos de conciencia y comprensión emocional, así como las estrategias situacionalmente apropiadas, siendo especialmente necesarios ante episodios emocionales que resultan displacenteros, intensos y persistentes por determinadas circunstancias (Gratz & Roemer, 2004; Hervás, 2011; Hervás y Jódar, 2008).

Ambas propuestas resultan útiles para la investigación, posibilitando la comprensión de la RE y las dificultades que pueda presentar. No obstante, aunque abordan factores intrapersonales implicados, no delimitan explícitamente el papel mediatizador de la personalidad en la RE como proceso consciente, así como los mecanismos psicológicos que subyacen al mismo.

Por tanto, sobre la base del enfoque histórico-cultural, la autora concibe la RE como un proceso que adquiere diferentes grados de complejidad dependiendo del desarrollo de la personalidad y de su implicación en el mismo, a partir de la significación que la realidad presenta para el sujeto en cada momento. Siguiendo estas premisas, se consideran como parte esencial de la RE, la *comprensión* que la persona posee de sus emociones y cómo pueden contribuir con el logro de sus diferentes metas, así como las *estrategias* que despliega para regularlas en función de tales metas.

El estudio de la RE en el adolescente hipertenso constituye una necesidad, teniendo en cuenta la presencia de emociones displacenteras como posibles factores de riesgo asociados a la enfermedad. En el marco de la Psicología de la Salud Infanto-Juvenil ello implica retos importantes, en cuyo abordaje deben considerarse procesos psicológicos que se encuentran en plena formación y donde se integra el propio desarrollo y expresión de la RE, en interrelación con la influencia significativa de los contextos socializadores, matizado por la presencia de una enfermedad crónica como la HTA esencial.

Introducción

Teniendo en cuenta los antecedentes de la investigación, que avalan el importante rol de las emociones displacenteras y su regulación en el adolescente hipertenso, se plantea como problema científico:

¿Cómo se manifiesta la regulación de las emociones displacenteras en adolescentes de 12 a 15 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de Villa Clara?

Para dar respuesta a esta interrogante científica, se propone el siguiente objetivo general:

- Caracterizar la regulación de emociones displacenteras en adolescentes de 12 a 15 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de Villa Clara.

Objetivos específicos:

1. Determinar las características de la expresión de las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
2. Describir cómo se manifiestan la comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
3. Identificar los indicadores de la regulación de emociones displacenteras que resultan más importantes para la funcionalidad del proceso, en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
4. Valorar la funcionalidad de la regulación de emociones displacenteras, considerando la interacción de variables internas y externas implicadas en el proceso, en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.

La novedad científica de la investigación radica en la sistematización de los principales modelos teóricos de la RE, aportándose una comprensión holística del constructo, siguiendo los preceptos del enfoque histórico-cultural. Los resultados aportan características de la regulación de emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos, a partir de las relaciones que se producen entre los indicadores establecidos para su análisis y su importancia para la funcionalidad del proceso. De este modo, se identifican los elementos de mayor riesgo y protección en este sentido, teniendo gran relevancia para el establecimiento de sistemas de atención especializada a estos menores. El tema prácticamente no ha sido investigado, por lo que presenta novedad no solo teórica, sino también metodológica y práctica.

Introducción

Metodológicamente, se ofrecen técnicas para el diagnóstico psicológico del adolescente hipertenso, algunas de ellas validadas en el marco de la investigación, lo cual resulta muy útil, teniendo en cuenta la escasez de los instrumentos para evaluar la RE en los adolescentes, específicamente en nuestro país. De este modo, fueron validadas las pruebas psicológicas siguientes: la DERS-E, para adolescentes (Escala Dificultades en la Regulación Emocional en español; DERS-E por sus siglas en inglés: *Difficulties in Emotion Regulation Scale*), una de las técnicas principales para evaluar las dificultades en la RE de niños y adolescentes, y la MARS, versión adolescente (Medida de estilos afectivos de regulación emocional; MARS, por sus siglas en inglés: *Measure of Affect Regulation Styles*), que resulta de gran valor al evaluar un abanico amplio de estrategias de RE. Igualmente, se aportan los indicadores de análisis de la RE desde una perspectiva holística y ajustados a la etapa adolescente.

En la práctica profesional, la metodología referida puede constituir una herramienta útil para el psicólogo en los diferentes centros de salud del país, en aras de evaluar la RE en los adolescentes hipertensos como variable relacionada con la enfermedad. Lo anterior puede proporcionar pautas para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento más integrales, que incluyan las múltiples necesidades de estos pacientes, desde un enfoque multidisciplinario.

Desde el punto de vista económico, los resultados pueden impactar favorablemente en la reducción de los costos por atención médica, por concepto de consultas, hospitalización, pruebas clínicas y tratamiento farmacológico. A lo anterior podría agregarse las posibles ausencias de los padres en su centro de trabajo mientras el adolescente requiera la hospitalización o consultas más continuas, con implicaciones también para la vida escolar del menor. Por tanto, desde la perspectiva del paciente y su familia, lograr un mayor control y evolución favorable de la enfermedad mejoraría notablemente su calidad de vida, lo cual resulta imposible sin un diagnóstico certero de los factores implicados en la problemática.

El informe de la investigación consta de la Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos. En el primer capítulo se esbozan los presupuestos teóricos que sirven como fundamento; se inicia con el abordaje de la

Introducción

HTA esencial como problema de salud en la adolescencia, los factores asociados y el énfasis actual en su prevención y tratamiento oportuno, donde la Psicología de la Salud desde la perspectiva infanto-juvenil ocupa un lugar central. Luego, se analiza el papel de las emociones como uno de estos múltiples factores, donde se destacan perspectivas teóricas que enfatizan el rol de la regulación emocional como variable implicada en su valor funcional. Precisamente, en el tercer epígrafe se profundiza en la RE desde diversos modelos teóricos, destacándose sus limitaciones y aportes a la concepción holística del proceso asumida en la investigación. De esta manera, se definen teóricamente los elementos centrales para el estudio de la regulación emocional, incluyendo la comprensión emocional y las estrategias desplegadas y su adaptabilidad. Finalmente, se analizan las características distintivas que los aspectos anteriores adquieren durante la adolescencia, considerando los aportes de las investigaciones más recientes.

En el segundo capítulo se expone el diseño metodológico: el enfoque mixto del estudio, las etapas que lo conforman, los instrumentos de evaluación utilizados a partir de la operacionalización de las variables, así como la estrategia general de trabajo y para el análisis de los datos durante cada una de las etapas investigativas.

En el tercer capítulo se presentan los resultados alcanzados, cuyo análisis se realiza de acuerdo con las etapas de la investigación y de los cuales derivan las conclusiones y recomendaciones que se ofrecen, sobre la base de los objetivos planteados. Como anexos independientes, se incorporan los Manuales de las dos técnicas psicológicas validadas durante la investigación.

CAPÍTULO 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1. La hipertensión arterial esencial como un problema de salud en la adolescencia.

El conocimiento acumulado durante los últimos años sobre la hipertensión pediátrica, ha posibilitado establecer los valores de normalidad para la presión arterial de niños y adolescentes. Actualmente, se define la HTA como el promedio de tensión arterial sistólica y/o diastólica mayor o igual al percentil 95 para la edad, el sexo y la talla, tomada en tres ocasiones o más separadas, de acuerdo con la 4ta comunicación de la Academia Americana de Pediatría (2004).

Considerando sus causas, la HTA se clasifica en esencial o secundaria. Esta última es debida a patologías subyacentes, asociada con factores de origen renal fundamentalmente; es la más común en niños, presente en un 80 % de los casos (Lurbe, Torró y Cremades, 2007; Pérez y Alfonzo, 2010).

Hasta hace unas décadas se buscaba la HTA pediátrica vinculada con enfermedades determinadas; sin embargo, actualmente se acepta la hipertensión primaria o esencial (de origen desconocido o múltiple) como la más frecuente en escolares y adolescentes, encontrándose en los primeros cercana al 30% y en los segundos, entre el 80-100% (Falkner, 2010; Narchi, 2011; Ostchega et al., 2009; Pérez y Alfonzo, 2010; Pérez, 2011; Suárez, Rodríguez, Tamayo y Rodríguez, 2009).

La HTA esencial presenta gran complejidad en su abordaje, ya que intervienen elementos de diversa naturaleza como causas o factores de riesgo (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003). Estos últimos constituyen variables asociadas con la probabilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla; han sido conceptualizados en términos de conductas y características tanto a nivel individual como grupal, actuando en mutua interacción (Donas, 2001; Jessor, 1991; Suárez y Krauskopf, 1995).

Por su parte, los factores protectores pueden favorecer el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla, contrarrestando los posibles efectos de los factores de riesgo. La interacción entre unos y otros determina un nivel de vulnerabilidad en cada individuo, influyendo en su salud y/o bienestar, cuya estimación deberá ser reevaluada constantemente (Donas, 2001).

Capítulo 1

Los factores de riesgo asociados con la HTA pediátrica pueden ser de tipo biológico, genético, ambiental, social y psicológico. Con excepción de los que presentan un componente genético importante, el resto son potencialmente modificables, donde el comportamiento voluntario de la persona juega un papel sustancial (Fernández-Abascal et al., 2003).

Integrando los aportes de los estudios nacionales e internacionales revisados que se han llevado a cabo en los últimos 20 años, se puede afirmar que los factores de riesgo más frecuentes en la HTA pediátrica son: la edad, los antecedentes familiares de HTA y el presentar obesidad o sobrepeso (Andrés, Velasco, Parra, Padilla y Peña, 2013; Cangas, Hernández, García, Prat y González, 2011; Costa, Moura, Carvalho, Bernardes y Almeida, 2012; Malbora et al., 2010; Pérez, 2011; Ujunwa, Ikefuna, Nwokocha & Chinawa, 2013).

Otros factores de riesgo han sido investigados, como el color de la piel, el sexo, los hábitos tóxicos, el sedentarismo y la ingesta de sodio, pero los resultados son contradictorios y aún no concluyentes (Chen et al., 2011; Llapur y González, 2006; Saieh y Lagomarsino, 2009; Salcedo, García y Contreras, 2010).

Como puede apreciarse, se han incrementado gradualmente las investigaciones acerca de la HTA pediátrica, tanto en Cuba como en otros países, pero en la literatura revisada resultan escasas las referencias sobre la implicación de las variables psicológicas. No obstante, desde hace más de 10 años se llevan a cabo estudios en el territorio central de Cuba, cuyos resultados han permitido identificar las emociones displacenteras como factores de riesgo en los adolescentes hipertensos, especialmente la ansiedad (Pedraza et al., 2011; Pérez, 2006).

El abordaje integral de todos estos aspectos en las etapas tempranas del desarrollo, constituye requisito para enfrentar uno de los retos principales en la atención actual de la HTA: el logro de su prevención precoz, actuando sobre los procesos patológicos en su raíz, siendo una de las medidas más eficaces y económicas en este ámbito (OMS, 1998).

En cuanto al tratamiento de la HTA esencial del adolescente, se plantea que debe basarse en medidas no farmacológicas, fundamentalmente en la modificación y promoción de determinados estilos y hábitos de vida. Solo aquellos menores que no normalizan sus cifras de presión arterial luego de introducir los cambios en este sentido, serían derivados

Capítulo 1

hacia un tratamiento farmacológico (Andrade et al., 2010; Lurbe et al., 2010; Narchi, 2011; Pérez y Alfonso, 2010).

De forma general, se enfatiza que el tratamiento y las estrategias preventivas vinculadas con la HTA en edades tempranas, deben centrarse en los estilos de vida, los hábitos nutricionales, el patrón de conducta personal y las variables biológicas (Lagomarsino, Saieh y Aglony, 2008; Lemos, Miño, Ortellado y Lukeštik, 2006; Torró y Lurbe, 2008).

Sin embargo, es necesario destacar que la atención al adolescente hipertenso se debe cimentar en estrategias multidisciplinarias, teniendo un papel central la Psicología de la Salud Infanto-Juvenil. El enfoque más humanizado e integral en el abordaje de una enfermedad crónica como la HTA esencial, debe ir más allá del alivio o tratamiento de los síntomas, abarcando objetivos vinculados con una vida más funcional y satisfactoria del menor, con su mayor bienestar psicológico y calidad de vida.

Las experiencias nacionales en relación a la atención psicológica de los niños y adolescentes con enfermedades crónicas (Rodríguez, 1997; Quiñones, Palacios, Corzo y Ortiz, 2005; Quiñones, Mapolón, Aguilar y Palma, 2005), han incorporado las consideraciones internacionales teóricas, metodológicas e instrumentales en este ámbito, a la vez que se han ido elaborando las pautas de la Psicología de la Salud Infanto-Juvenil en nuestro país, destacándose autores como Lorenzo, Alba y Rodríguez (2005).

Siguiendo las ideas anteriores, se enfatiza una de las peculiaridades del trabajo con los niños y adolescentes, relacionada con su condición reversible (García, 2003), sometida a cambios y a la influencia de los adultos (Lorenzo et al., 2005). Este último aspecto resalta una de las premisas más importantes en la atención a los menores con enfermedad crónica, la cual se vincula con su abordaje desde una perspectiva holística. La comprensión del proceso salud-enfermedad en un individuo implica contextualizarlo en el entramado de sus relaciones interpersonales, donde el papel de la familia resulta vital como fuente de apoyo social ante una situación de estrés como la enfermedad crónica, lo cual aumenta su relevancia en el caso de los niños y adolescentes (Lorenzo, 2005; Martínez, 2002; Roca, 2003).

Por tanto, es necesario concebir al menor con enfermedad crónica y a su familia como un sistema, al que además se le adicionan otros factores como el tipo de enfermedad y los

Capítulo 1

servicios de salud (Lorenzo et al., 2005). La actitud del menor ante la enfermedad es un elemento decisivo para la conservación de su salud, para su ajuste psicológico y va a estar en estrecha relación con la posición que asuma la familia (Lorenzo et al., 2005). También se debe tener en cuenta que se trata de un ser en desarrollo, donde la representación de la enfermedad dependerá, entre otros aspectos, de su maduración psicológica y de sus necesidades, de acuerdo con su situación social del desarrollo (SSD).

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede impactar de manera considerable en el adolescente, suponiendo una situación de crisis y un acontecimiento que influirá inevitablemente en su estilo de vida; es un problema de salud que origina cargas de tipo físico, psicológico y social (Lorenzo et al., 2005). El trastorno crónico, las exigencias del tratamiento, las consultas sistemáticas y las hospitalizaciones (en algunos casos), intensifican la preocupación en relación con la salud, interfieren con el sentimiento de independencia y pueden incidir en las relaciones con los padres y los iguales (Bedregal, 1994).

Las investigaciones llevadas a cabo con niños y adolescentes con enfermedad crónica, han hallado desajustes emocionales y de conducta como la pérdida de autoestima, desajustes en la competencia social, ansiedad, depresión, agresividad o inhibición (Rodríguez, 1997). No obstante, se ha planteado que muchos de estos menores pueden ser psicológicamente normales y enfrentarse al estrés que la enfermedad significa, pero ello dependerá de las posibilidades y recursos del menor y su familia, así como de la atención que reciban por parte del personal especializado, entre otros factores.

Específicamente, los estudios realizados con adolescentes hipertensos en el municipio de Santa Clara, han posibilitado identificar una tendencia hacia la manifestación de emociones displacenteras que interfieren en su desempeño y bienestar (Pedraza et al., 2011; Pérez, 2006). La ansiedad que los ha caracterizado, así como la tristeza y la ira (en menor medida que la ansiedad), indica posibles dificultades en la manera con que son reguladas por parte del menor. Por tanto, la regulación de dichas emociones se convierte en un área importante para el diagnóstico psicológico de estos pacientes, como parte de

Capítulo 1

las acciones que debe realizar el psicólogo de la salud, a partir de lo cual pueden derivarse pautas importantes para lograr su atención más integral.

Siendo un tema central para la investigación, resulta necesario abordar los elementos teóricos que sustentan nuestra comprensión acerca de las emociones y su significación para la salud humana.

1.2. Funcionalidad de las emociones: implicaciones para el proceso salud-enfermedad.

La significación de las emociones para la salud humana ha sido enfatizada por numerosos autores (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002; Palmero, Díaz, Diago, Moreno y Oblitas, 2007; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009, Roca, 2014b), de manera que actualmente se asiste a una “Revolución Emocional” en el ámbito de la Psicología vinculada con la salud (Southam-Gerow & Kendall, 2002).

Las emociones actúan a través de diferentes vías que suelen combinarse entre sí, tanto directas como indirectas. Pueden constituir factores de riesgo para la aparición y desarrollo de enfermedades, considerando la neuroquímica de la emoción y sus efectos en los órganos del cuerpo, fundamentalmente cuando las reacciones emocionales son intensas y prolongadas. Estas constituirían vías directas, donde se producen cambios biológicos relacionados con la propia reacción emocional (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Lazarus, 1991; Piqueras et al., 2008). Pero la afectación de la salud puede provocar una situación de crisis y generar determinadas emociones displacenteras, siendo la relación bidireccional (Molerio, 2004).

Otras formas más indirectas se vinculan con la influencia que las emociones ejercen sobre los hábitos de salud; desde sus connotaciones motivacionales pueden conducir hacia la modificación de las conductas saludables y no saludables. También se plantea la distorsión que producen sobre la conducta de los enfermos, condicionando que tomen decisiones o adopten actitudes que dificultan el proceso de curación (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Colunga, 2004; Fernández y Edo, 1994; Molerio, 2004; Piqueras et al., 2008).

Capítulo 1

Desde otra perspectiva, se analiza el vínculo de las emociones con el bienestar subjetivo que experimentan las personas, enfatizándose sus beneficios y su rol como potenciadoras de la salud (Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Suedan, 2005; Páez, Martínez, Sevillano, Mendiburo y Campos, 2012; Roca, 2014b; Vázquez y Hervás, 2009; Victoria y López, 2003).

De forma general, puede afirmarse que la comprensión del significado que las emociones presentan para la salud humana, ha evolucionado junto al reconocimiento cada vez mayor de la dimensión positiva que estas encierran, de manera que son varios los autores que reconocen la funcionalidad de todas ellas (Gratz & Tull, 2013, Palmero et al., 2006).

De este modo, ha cobrado auge una tendencia funcionalista de la emoción que destaca sus múltiples funciones: motivacionales, sociales, organizativas, adaptativas, entre otras, aportándole flexibilidad a la conducta y contribuyendo con la consecución de objetivos por parte de la persona. Por tanto, se enfatiza su rol en el comportamiento intra e interpersonal, posibilitando combinar las necesidades del sujeto con las demandas del medio (Campos & Barrett, 1984; Campos, Campos & Barret, 1989; Cole et al., 1994; Izard, 2010; Rendón, 2007; Saarni, 2011).

Teniendo en cuenta estas premisas, así como los aportes de otros autores¹ en relación con las emociones, estas se asumen en la investigación como procesos afectivos transitorios, que emergen de la relación entre la persona y su medio social. Conllevan cambios a nivel fisiológico, motor o conductual expresivo y subjetivo-experiencial, que tienen en su base la valoración personal de la situación o estímulo (externo o interno) y son vivenciados con agrado y/o desagrado, considerando su vínculo con las necesidades y metas individuales. Estos cambios presentan implicación para el funcionamiento biológico, psicológico y social del sujeto.

¿Cuáles son estas implicaciones?, ¿de qué dependen?: son interrogantes que se vinculan con su significado funcional, en cuya comprensión resulta necesario destacar que las emociones, como el resto de los contenidos psicológicos, presenta diferentes niveles de expresión en la persona. Ello depende del grado de implicación de la personalidad,

¹ véase: (Feldman, Mesquita, Ochsner & Gross, 2007; Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Fridja, 1986; James, 1981; Lazarus, 1991; Palmero, Guerrero, Gómez y Caroi, 2004; Palmero et al., 2006; Pérez Nieto y Redondo, 2006; Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas, 2009).

Capítulo 1

en la medida que se vinculan con situaciones que resultan significativas para la misma, sobre la base de sus necesidades (Fernández, 2003; González y Mitjás, 1989).

A partir de estas ideas, se puede afirmar que las emociones poseen un significado funcional, es decir, presentan un rol en el comportamiento y el funcionamiento personal muy vinculado con el grado de implicación de la personalidad, en su interacción con el medio social. Ellas cumplen funciones importantes para las relaciones entre la persona y su ambiente interno o externo, cuando tales relaciones son relevantes para esta (Barret y Campos, 1987).

En el vínculo de las emociones con la actuación del hombre, generalmente se reconoce cómo contribuyen con la consecución de la conducta en unos casos, constituyendo momentos organizadores de la actividad; mientras, en otro momento de la misma situación o en situación distinta, puede ocurrir que la emoción sea desorganizadora del comportamiento (Gross & Thompson, 2007; Palmero et al., 2006; Petrovsky, 1980; Roca, 2014b; Rubinstein, 1967).

La emoción deviene en más profunda directamente relacionada con las necesidades de la persona; mientras más relevantes sean las mismas, mayor probabilidad tendrá la emoción de ser prolongada e intensa, ocurriendo en ocasiones que interfiera con su ajuste a corto y/o largo plazo. Por tanto, generalmente dicha interferencia se produce cuando concurren determinadas circunstancias que complican la óptima interacción del sujeto con su entorno (Roca, 2014a).

En el ámbito de la Psicología de la Salud, las ideas anteriores proporcionan dimensiones de análisis para valorar el potencial de riesgo-beneficio que cada emoción puede presentar. En este sentido, se interrelacionan dimensiones cuantitativas y funcionales.

Generalmente se enfatiza la frecuencia, la intensidad y/o la duración de las emociones como indicadores cuantitativos que posibilitan analizar su implicación para la salud humana. No obstante, son indicadores que se vinculan con el modo en que la emoción contribuye con la solución de una situación, con la realización de metas, con el desempeño ante las diversas actividades y relaciones interpersonales (Fernández-Abascal, 2009; Gratz & Tull, 2013; Gross & Thompson, 2007; Hervás y Vázquez, 2006; Lazarus, 1991; Ortega, 2010; Padilla, 2008; Palmero et al., 2006; Pedraza, 2009).

Capítulo 1

De esta manera, se considera importante analizar cómo la emoción se manifiesta en cada sujeto y su correspondencia con la situación, así como las implicaciones de esta experiencia emocional para la relación de la persona con su medio social y consigo misma, para su bienestar y su salud.

Una descripción de las emociones y su contenido congruente con las ideas expuestas, resulta difícil bajo los términos “negativo” y “positivo” que han predominado en la Psicología para connotar su papel en la salud humana. Históricamente, las emociones denominadas “negativas” han sido consideradas como dañinas, mientras que se ha enfatizado cómo las “positivas” presentan beneficios generalmente.

Es una clasificación que tiene en cuenta la valencia de la emoción, muy vinculada con su dimensión de agrado/desagrado. Si bien esta dimensión sería exclusiva de la emoción, definitoria respecto a cualquier otro proceso psicológico (Feldman et al., 2007; Pérez Nieto, Redondo y León, 2008), la connotación que adquieren los términos “positivo” y “negativo” al referirse a una u otra emoción, limita la comprensión del contenido prototípico y el significado funcional que potencialmente todas poseen.

Por tanto, la autora asume la denominación “placentera” y “displacentera” en la descripción de las emociones, reconociendo las ideas de Smith y Lazarus (1993) acerca de su contenido. Estos autores aportan una importante perspectiva en este nivel de comprensión, a través de su Modelo Multimodal de las emociones, donde se combina un análisis de las dimensiones o componentes de la valoración, con lo que denominaron “núcleos temáticos relacionados”.

La elaboración de los significados que presenta una situación para la persona, sobre la base de los procesos de valoración, permite la identificación de los núcleos temáticos relacionados con las emociones (Lazarus, 1991). Estos presentan una fuerte base motivacional y revelan el significado prototípico que tiene cada emoción, permitiendo la distinción entre unas y otras de acuerdo con su contenido. Teniendo en cuenta estos núcleos temáticos, todas pueden resultar útiles en un momento o situación determinados. Entre las emociones placenteras se encuentra la alegría; ellas resultan centrales en la naturaleza humana, concediéndoseles gran valor. Surgen cuando la persona experimenta atenuación en su estado de malestar, consigue alcanzar metas determinadas, o evalúa el

Capítulo 1

evento o estímulo como favorable con la consecución de las mismas, proporcionando disfrute, relajación y bienestar (Carbelo y Jáuregui, 2006; Fernández-Abascal, 2009; Fredrickson, 1998, 2003; Greco, 2010; Greco, Morelato e Ison, 2006; Oros, 2009; Vázquez y Hervás, 2009). Por eso es menos probable que ellas requieran la revisión de planes y otras operaciones cognitivas, siendo menos prolongadas que las displacenteras generalmente (Fernández-Abascal, 2009).

Entre las principales funciones, los autores citados les atribuyen la predisposición que brindan al sujeto para afrontar las tareas y su contribución con el logro de metas, aumentando la energía, activando y dinamizando la conducta. También pueden inhibir las emociones displacenteras, teniendo una clara implicación en su regulación. Ellas contribuyen con la calidad de vida de las personas, siendo marcadores del bienestar y medios para conseguir el crecimiento psicológico (Fernández-Abascal, 2009).

Las emociones displacenteras se generan ante acontecimientos que son valorados como dificultad para el logro de los propios objetivos, es decir, cuando se bloquea una meta o ante una amenaza o pérdida; generalmente son vivenciadas con desagrado (Piqueras et al., 2009). Entre las más estudiadas en su relación con la salud humana, se encuentran la ansiedad, la tristeza y la ira.

En el caso de la ansiedad, es considerada un sistema de protección que nos ayuda a reaccionar ante los peligros, siendo desencadenada ante una situación de amenaza, física o psíquica, real o imaginaria; tiene como núcleo temático principal la incertidumbre y amenaza (Lazarus, 1991, 2001). Ha sido ampliamente estudiada y se coincide en atribuirle funciones importantes. Por una parte, moviliza al organismo proporcionándole energía para anular o contrarrestar el peligro o situación amenazante mediante una respuesta determinada. También puede resultar necesaria para realizar ciertas tareas, para activar y resolver problemas de modo eficaz y mejorar el rendimiento (Chorot, Valiente y Sandín, 2002; Gantiva, Luna, Dávila y Salgado, 2010; García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo, Marzo y Estévez, 2011; Miguel- Toba y Casado, 1999; Virues, 2005).

Por su parte, en la tristeza se plantea la pérdida irrevocable o irreparable como su núcleo temático central (Lazarus, 1991, 2001). Se vincula con el fracaso (actual o posible) de una meta valiosa. A pesar de ello, la tristeza puede cumplir funciones específicas (Cuervo e

Capítulo 1

Izzedin, 2007; Piqueras et al., 2008). Se plantea que ayuda al sujeto a expresar la decepción que provoca una situación; puede favorecer la reflexión, la expresión de las personas y su respuesta ante eventos negativos, resultando útil para relacionarse con los demás y obtener el apoyo y ayuda necesarios en tales circunstancias.

En cuanto a la ira, su núcleo temático vinculado es la ofensa contra uno mismo o lo suyo (Lazarus 1991, 2001), teniendo como creencia la responsabilidad de otros ante los fracasos o en un hecho que resulta dañino (Pérez Nieto et al., 2008). Dentro de los aportes más importantes al estudio y conceptualización de la ira, se reconocen los realizados por Spielberger y cols. (Spielberger, Krasner & Solomon, 1988), tanto en el orden teórico, como metodológico y práctico, destacándose la conceptualización de la ira como parte de un continuo "ira-hostilidad-agresividad". Es una emoción a la que se le asignan funciones como las siguientes: puede favorecer la organización y regulación de procesos psicológicos y fisiológicos relacionados con la auto-defensa; sirve para regular el displacer emocional asociado con problemáticas de las relaciones interpersonales, facilitando la regulación de conductas sociales y las transacciones del individuo con su medio (Del Barrio, Anton & Spielberger, 2004; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997; Spielberger et al., 1988).

Aunque todas las emociones puedan presentar un valor funcional, incluso las placenteras bajo ciertas circunstancias (como puede ser cuando ocurren de manera descontextualizada), suelen incidir en el ajuste social de las personas y el cumplimiento de sus metas.

No obstante, es indudable que las emociones displacenteras requieren especialmente de la movilización de recursos afectivos, cognitivos, fisiológicos y comportamentales, que contribuyan con la resolución o alivio de la situación que las provoca, siendo más prolongadas en el tiempo que las placenteras. Ellas tendrán su máxima utilidad y serán más funcionales si se administran ocasionalmente, si no están frecuentemente presentes y se mantienen con una baja intensidad; de lo contrario, pueden comprometer el funcionamiento de la persona (Hervás y Vázquez, 2006; Palmero et al., 2006).

La implicación de las emociones para el funcionamiento humano dependerá, en gran medida, de la capacidad que posea el sujeto para regularlas, de forma que puedan

Capítulo 1

contribuir con la satisfacción de sus necesidades y realización de metas personales. Se coincide con Gross y Thompson (2007) al enfatizar que en todo el proceso emocional, mucho depende de esta capacidad para regular con éxito las emociones, sobre todo cuando no están bien “calibradas” a los retos y oportunidades que se presentan (Opitz et al., 2012). El desafío es encontrar formas de regularlas para que conserven sus características útiles, limitando al mismo tiempo sus aspectos destructivos (John & Gross, 2004).

Por tanto, si bien las emociones forman parte de la condición humana y permiten actuar a los individuos rápidamente (en una transacción ambiente –persona), la respuesta final establecida dependerá en buena medida de una transacción persona- ambiente, donde la regulación emocional juega un rol fundamental (Gross & Muñoz, 1995; Gross & Thompson, 2007). Como se plantea: “(...) la activación emocional puede fomentar o socavar el funcionamiento efectivo, y los procesos de RE son importantes porque disponen la emoción para brindar soporte adaptativo y estrategias conductuales organizadas” (Rendón, 2007, pp. 353-354).

De esta manera, la regulación emocional constituye una condición que puede estar en la base del valor funcional de las emociones y en la implicación riesgo-beneficio que puedan presentar para el proceso salud-enfermedad.

1.3. La regulación emocional: premisas para su estudio.

Las crecientes investigaciones acerca de la RE parten de una profunda comprensión de sus implicaciones para el ser humano. De este modo, son numerosos los autores que enfatizan su relevancia para el bienestar y la salud, relacionándola con el rendimiento académico y el desempeño laboral, la formación de la personalidad, la resolución de problemas y el manejo del estrés, constituyendo una señal del funcionamiento psicosocial adaptativo (Caycedo, Gutiérrez, Ascencio y Delgado, 2005; English et al., 2012; Garrido, 2006; Graziano, Reavis, Keane & Calkins, 2007; Lopes et al., 2011; Lopes, Salovey, Côté, Beers & Petty, 2005; Mihalca & Tarnavska, 2013).

A su vez, las dificultades en la RE se vinculan con problemas que interfieren en el bienestar y funcionamiento de la persona en uno o más ámbitos en los que se desarrolla,

Capítulo 1

pudiendo manifestarse en trastornos determinados (Hilt, Hanson & Pollak, 2011; Sheffield, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007).

Específicamente, en los últimos 10 años se han realizado investigaciones donde se vinculan las dificultades en la RE con el trastorno de personalidad límite (Glenn & Klonsky, 2009; Gratz & Tull, 2011); el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer et al., 2009; Tull, Stipelman, Salters-Pedneault & Gratz, 2009); las adicciones (Gratz & Tull, 2010; Weiss, Tull, Lavender & Gratz, 2013; Weiss, Tull, Viana, Anestis & Gratz, 2012) y el trastorno por estrés post traumático (Boden et al., 2013; Weiss et al., 2012), entre otros. También se ha estudiado su asociación con problemas orgánicos, como la hipertensión arterial esencial (Balsa, 2012b; Molerio, 2004; Pérez y Guerra, 2014b), la intensificación de los índices cardíacos (Silva, 2005) y el cáncer (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007; Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012; Rodríguez, Esteve y López, 2000; Silva, 2005).

Es por ello que los tratamientos psicológicos para diversos problemas de salud están incorporando cada vez más un enfoque centrado en la regulación de la emoción, destacándose la terapia basada en la conciencia y aceptación emocional (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2013; Roemer et al., 2009) y la terapia de regulación emocional (Gratz, Tull & Levy, 2013; Kovacs et al., 2006; Leroy, Christophe, Penel, Clisant & Antoine, 2011; Slee, Spinhoven, Garnefski & Arensman, 2008).

Actualmente, la RE se ha convertido en una de las construcciones más sólidas y críticas en la comprensión del desarrollo y el funcionamiento humano, pudiéndose reconocer varios modelos o enfoques teóricos acerca de este constructo.

Una de las perspectivas más difundidas ha sido la *evolutiva*, donde se considera la RE como un componente crítico del desarrollo, en tanto presenta un papel temprano en las habilidades socio-emocionales, especialmente importantes para las relaciones grupales, las capacidades cognitivas, el éxito escolar y otros aspectos de la vida de los niños y adolescentes. También se destacan factores internos y externos que influyen en su formación y expresión, tales como el temperamento y la familia, respectivamente (Ato et al., 2004; Calkins & Hill, 2007; Capella & Mendoza, 2011; Cole, Martín & Dennis, 2004; Graziano et al., 2007; Kay, 2011; MacDermott, Gullone, Allen, King & Tonge, 2010; Opitz et al., 2012; Trentacosta y Izard, 2007).

Capítulo 1

Por tanto, es una perspectiva que aporta la comprensión de la RE, en su evolución desde formas predominantemente externas durante los primeros años del desarrollo, hacia una regulación más interna y autónoma a partir de la adolescencia principalmente. A pesar de ello, resulta incompleto el abordaje del proceso considerando las múltiples dimensiones y mecanismos que involucra, siendo una de sus principales limitaciones.

Dentro del *enfoque cognitivista* se reconocen las ideas de Lazarus (1991), quien no aborda directamente la RE, pero enfatiza la naturaleza secuencial del proceso emocional y la relevancia de los componentes cognitivos en el mismo, constituyendo premisas teóricas en la construcción de propuestas tan aceptadas actualmente, como la de Gross y Thompson (2007). Otros autores han desarrollado modelos de regulación cognitiva de las emociones (Jódar et al., 2004) o se han centrado en la evaluación de las estrategias cognitivas de RE y su importancia para diferentes facetas de la vida de las personas (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski et al., 2007; Mihalca & Tarnavska, 2013; Moyal et al., 2014). Aunque son autores que aportan la implicación de los procesos cognitivos como la atención y el pensamiento, en estrategias de distracción y reevaluación cognitiva, entre otros elementos, presentan una visión incompleta y fraccionada de la RE, limitándose la comprensión de su carácter holístico.

Por su parte, en el Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional de Bonanno (2001) se describe la RE como un aspecto de la autorregulación basada en el mantenimiento y la alteración de la homeostasis emocional, considerándose esta última como fundamental para el logro de una autorregulación más general. En su concepción se integran varios procesos (fisiológicos, afectivos, cognitivos, comportamentales) en el logro del equilibrio, pero constituye un modelo homeostático que no aborda explícitamente la complejidad de la RE como proceso mediatizado por la personalidad, condicionada histórica y socialmente.

Desde una visión más dinámica e interaccionista, Dodge desarrolla el *Modelo de Dominios de Respuesta*. El término "dominios de respuesta" representa los diversos procesos humanos que participan en la regulación de las emociones, desde el punto de vista neurofisiológico, cognitivo-experiencial y motor-conductual. Más adelante, el autor amplía su concepción sobre la organización de la RE, a través de un conjunto de tres formas de

Capítulo 1

dominio: entre dominios, intradominio y el dominio interpersonal (Dodge & Garber, 1991). Por tanto, incluye los componentes internos y su interrelación, además de la interacción entre el individuo y su entorno.

A pesar de sus aportes, en el modelo de Dodge no se aborda suficientemente la RE como proceso que presenta diferentes grados de complejidad, sobre la base de la implicación de la personalidad, ni su connotación para la relación del sujeto con su medio social.

Uno de los modelos más aceptados, según la literatura revisada, es El *Modelo de Regulación Emocional* de Gross y Thompson (2007), siendo actualmente uno de los más consensuados y el más ampliamente utilizado hasta la fecha (Fernández Abascal, 2009; Webb et al., 2012). Como plantean Jhon y Gross (2004), sus bases se sustentan en el trabajo de numerosos teóricos de la emoción; en él se integran gran parte de los aportes destacados desde los modelos y perspectivas anteriores, abordándose la RE como proceso complejo, pero también con implicaciones para las metas de una persona y su bienestar en general.

Gross y cols. elaboraron el Modelo Modal de las Emociones, el cual propone una secuencia de procesos y momentos, desde que el sujeto se encuentra frente a una situación y centra su atención en ella, la evalúa y emite la respuesta emocional. Cada uno de estos momentos puede ser blanco potencial para la regulación (Gross, 1998, 1999; Gross et al., 2006; Gross & Thompson, 2007).

A partir de lo anterior, construyen un modelo procesual y temporal de la RE, que distingue las estrategias en función del lugar donde se insertan dentro del proceso de generación de la emoción. De esta manera, unas estrategias actúan antes de iniciarse la tendencia de respuesta emocional, focalizándose en los antecedentes de la emoción; mientras que otras se centran en la propia respuesta emocional. Son estrategias que involucran diversos componentes (fisiológicos, cognitivos, conductuales, interpersonales) y se encuentran co-ocurriendo generalmente, de manera interrelacionada (Gross & Thompson, 2007).

Estos puntos de intervención proporcionan flexibilidad a la forma en que una persona puede influir en el curso de una emoción. Por tanto, enfatizan cómo el sujeto puede

Capítulo 1

desplegar estrategias de RE flexibles, para ajustar sus emociones lo más posible a circunstancias y situaciones específicas, en función de metas individuales.

En el modelo de Gross y Thompson (2007) se considera el componente cognitivo de manera importante, especialmente dentro de las estrategias que se centran en los antecedentes de la emoción. Lo anterior destaca el protagonismo del sujeto, por la posibilidad que tiene de influir en sus emociones, incluso de manera anticipada, a partir de la reasignación de significados ante una situación determinada.

Igualmente, se comprende el desarrollo de la RE según el periodo evolutivo, con diferentes grados de implicación de mecanismos externos e internos, estando presente los primeros en mayor medida durante la infancia y la adolescencia. Otro de sus aportes se vincula con su concepción de la RE como forma de una autorregulación más general, teniendo una visión funcional del proceso. De este modo, la persona puede regular sus emociones para el logro de metas, no solo las de carácter inmediato, sino también las que contribuyen a largo plazo con su bienestar (Tamir y Gross, 2011), coincidiendo con Koole (2009) y sus ideas sobre las diferentes funciones que puede presentar la RE.

En el modelo de Gross y Thompson (2007) se aborda la RE funcional, sustentándose en los supuestos de la Psicología General, a diferencia de otra propuesta que ha sido acogida en los últimos cinco años, no tan ampliamente utilizada como el primero, aunque debe considerarse su aparición temporal más tardía. Es la propuesta de Gratz y Roemer (2004), seguida por autores como Hervás y Jódar (Hervás, 2011; Hervás y Jódar, 2008), la cual presenta un enfoque desde la Psicología Clínica. En ella se aportan dimensiones o parámetros para comprender las dificultades, déficits o trastornos en la RE.

Los autores basan su explicación en un conjunto de dimensiones que son necesarias para una RE funcional; los déficits en una o más de estas pueden generar problemas en el proceso. Las dimensiones son: apertura, atención, claridad y análisis emocionales, así como el uso de estrategias situacionalmente apropiadas. Plantean que especialmente cuando la emoción es displacentera o cuando puede resultar excesivamente intensa o persistente, se hace muy necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional que posibilite su regulación óptima.

Capítulo 1

Las ideas de Gross y Thompson (2007) y Gratz y Roemer (2004), más que concepciones opuestas, representan dos miradas distintas al constructo de RE, resultando útiles para la investigación. El abordaje de un proceso complejo como la RE en los adolescentes con HTA esencial, requiere su comprensión desde ambas perspectivas, considerando tanto las potencialidades como las dificultades que en ellos pueden presentarse al regular las emociones displacenteras.

A pesar de basarse en enfoques distintos, Gratz y Roemer se apoyan en aportes importantes del modelo de Gross y Thompson (2007) para fundamentar sus ideas, pudiéndose identificar puntos de encuentro como los siguientes: la concepción de la RE como proceso multidimensional, que involucra mecanismos y dimensiones diversas y que posibilita el logro de metas con implicación para el bienestar del individuo; la consideración de estrategias situacionalmente apropiadas, teniendo en cuenta el elemento contextual como primordial para evaluar su adaptabilidad o efectividad; la importancia que le conceden a los procesos cognitivos (especialmente la atención y el pensamiento) en el proceso emocional y su regulación; la concepción de los objetivos de la RE, más allá de la simple supresión de emociones, posibilitando el ajuste de estas de forma que sean adaptativas, entre otros.

Pero sobre la base del enfoque histórico-cultural, la autora reconoce que ambas propuestas presentan limitaciones en el abordaje de la RE como expresión funcional de la personalidad y de los mecanismos psicológicos que se encuentran en su base. De modo que en la investigación se asume la RE de manera holística, donde se interrelacionan procesos intra e interpersonales, siendo central la personalidad en su condición mediatizadora.

La personalidad constituye el escenario para la integración y explicación de las funciones y procesos psíquicos, en otro nivel de constitución subjetiva de los mismos (González, 2013). Solo desde la personalidad podría comprenderse la RE, ya que representa el nivel superior de organización y estructuración de diversos procesos subjetivos, que se distingue por la unidad cognitivo-afectiva (Fariñas, 2003; Fernández, 2003; González, 1998; 2013).

Capítulo 1

Desde esta perspectiva, Vygostki aporta categorías importantes que integran afecto y cognición. Estas son el “sentido” y la “vivencia”. La categoría sentido psicológico es abordada en su obra *Pensamiento y Lenguaje*, pudiendo ser interpretada como la forma subjetiva en que una persona vive su experiencia. Si bien el significado guarda un vínculo directo con lo intelectual, el sentido se convierte en una dimensión de la acción donde las emociones son centrales, con apoyo en las necesidades del sujeto (González, 2013).

El sentido y el significado no son elementos mutuamente excluyentes, sino por el contrario, constituyen aspectos que se configuran como unidad analizados desde la personalidad. Ellos destacan el protagonismo de la subjetividad humana, enfatizando que toda realidad es interpretada por el sujeto.

La personalidad constituye una compleja unidad estructural cargada de sentidos, relativamente estable y formada a partir de la experiencia personal; ella condiciona el sentido que le damos a la nueva experiencia, a la vez que en esa nueva relación concreta de la persona con su medio (incluidas las emociones), se van generando nuevos sentidos que pueden condicionar cambios en la personalidad (González, 1998). Como refiere González, más que determinar el comportamiento, la personalidad define una presencia de sentido subjetivo en el marco actual de actuación del sujeto, sentido que se anticipa a la acción y se integra a ella (Díaz, 2005).

A partir de estas consideraciones, puede plantearse que en la regulación del comportamiento existen diferentes grados de complejidad, dependiendo de la implicación de la personalidad en ello. A su vez, dicha implicación se vincula con situaciones que resultan relevantes para el sujeto, donde “(...) las relaciones más significativas hacia la realidad en las que el sujeto participa activamente son (...) las de mayor significación motivacional” (Fernández, 2003, p.282).

De modo que los contenidos de la personalidad adquieren fuerza movilizadora en la medida que se van articulando entre sí, alrededor de motivos jerárquicamente significativos mediatizados por la conciencia. Por tanto, una premisa esencial en todo este proceso lo constituye el desarrollo óptimo de la esfera de la autoconciencia, incluida la autoconciencia emocional (Nieves, 1999).

Capítulo 1

La regulación de las emociones es un proceso que se integra en estos modos más generales de regulación del comportamiento, adquiriendo igualmente diferentes grados de complejidad de acuerdo con la implicación de la personalidad, en la medida que las emociones se vinculan con situaciones que son relevantes para el sujeto. A su vez, la RE se puede convertir en un recurso personalógico que le posibilitará mayor carácter activo al sujeto en su comportamiento, mayor complejidad y flexibilidad en su relación con el medio social (Fernández, 2003).

Precisamente, al abordarse las implicaciones de la RE desde posiciones actuales, se enfatiza su posibilidad como un proceso que la persona despliega, en función de lograr el bienestar y la felicidad a largo plazo, o simplemente, metas de carácter mediato que tributen con estos últimos, más allá de buscar puntualmente la maximización del placer o la minimización del dolor (Koole, 2009; Tamir & Gross, 2011). De esta forma, se consideran como funciones de la RE, no solo la emocional (modulación de la intensidad, duración y frecuencia de las emociones), sino también aquellas orientadas hacia la consecución de metas y mejora del funcionamiento personal (Campos, Iraurgi, Páez, y Velazco, 2004; Koole, 2009; Tamir & Gross, 2011).

Integrando los aspectos analizados hasta el momento, la autora define la RE como un proceso con diferentes niveles de mediatización consciente, que requiere la comprensión de las emociones, de sus causas y consecuencias, de acuerdo con la significación que la situación relacionada presente para el sujeto. Durante este proceso, la persona despliega estrategias que involucran componentes fisiológicos, cognitivos, conductuales e interpersonales, con el objetivo de iniciar, mantener o disminuir la intensidad, duración y/o frecuencia de sus emociones, para lograr una respuesta emocional ajustada personal y/o socialmente, que funcionalmente contribuya con sus diferentes metas personales.

En correspondencia con tal definición, se asumen como elementos centrales que integran la RE, los siguientes: la comprensión emocional y las estrategias de RE.

1.4. La comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional.

La RE como proceso que la persona despliega en su carácter de sujeto activo, solo es posible cuando esta presta atención a sus emociones, identificándolas y comprendiendo la

Capítulo 1

implicación que presentan para las propias metas y objetivos. Es por ello que en la investigación se asume la comprensión emocional como un elemento central del proceso. También otros autores destacan el lugar que la comprensión emocional adquiere en la RE (Bisquerra, 2012; Camodeca & Rieffe, 2013; Cuervo e Izzedin, 2007; Chiesa, Serreti & Jakobsen, 2013; Gratz & Roemer, 2004; Gratz & Tull, 2013; Moyal et al., 2014; Rieffe, 2012). Desde nuestra concepción del proceso mediatizado por la personalidad, la comprensión emocional se vincula directamente con la esfera de la autoconciencia, siendo uno de los principales mecanismos psicológicos subyacentes.

La comprensión emocional se vincula con la conciencia emocional, como capacidad y disposición de prestar atención hacia los propios procesos emocionales, adquiriendo conciencia de lo que se siente siempre que se desee y/o necesite, de acuerdo al momento y la situación; sobre esta base es que puede producirse la percepción de las propias emociones, tener claridad sobre ellas y comprenderlas. Atender y entender las emociones y las situaciones con las que se vinculan, se convierte en un componente mediador de todo el proceso de RE (Moyal et al., 2014).

De esta manera, la comprensión emocional abarca habilidades para percibir, identificar y analizar información acerca de las relaciones entre las emociones y transiciones de unas a otras (Molerio, 2004); para distinguirlas y catalogarlas utilizando palabras emocionales (Moyal et al., 2014). Integra no solo la comprensión de las causas y del significado, sino también de las consecuencias de las emociones (León y Sierra, 2008). Son procesos que involucran aspectos diversos de la vida psíquica, especialmente cognitivos (incluyendo procesos valorativos) en interrelación con los afectivos.

Apreciar los significados emocionales, identificarlos y comprenderlos, posibilita utilizar esta información en aras de modificar la propia experiencia emocional para facilitar las metas personales (Luszczynska, Diehl, Gutierrez-Dona Kuusinen & Schwarzer, 2004). Por tanto, la comprensión emocional juega un papel importante para el uso flexible de estrategias de RE.

Dichas estrategias constituyen el otro elemento central de la RE; se definen como el modo en que la persona despliega acciones que involucran componentes fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales, con el objetivo de evitar, iniciar, mantener o

Capítulo 1

modular la ocurrencia, intensidad y duración de las emociones ante una situación determinada (Gross & Thompson, 2007; Jódar et al., 2004).

Las estrategias son asumidas como un componente principal de la RE por la mayoría de los investigadores sobre el tema, de acuerdo con la literatura revisada. Pero la manera con que son descritas es distinta, atendiendo al establecimiento de taxonomías o clasificaciones diversas.

Parkinson y Totterdell (1999) propusieron dos tipos: conductuales y cognitivas; las primeras, implican algún tipo de acción física; las segundas, involucran acciones mentales (Moyal et al., 2014). A partir de estas ideas, otros autores han seguido dicha clasificación siendo una de las más habituales actualmente, considerándose su utilidad en tanto se ha constatado empíricamente (Jódar et al., 2004).

Por su parte, Zeman y cols. (Zeman, Shipman & Penza-Clyve, 2001) diferencian las estrategias según el componente o elemento del proceso en el cual se centran: internos, externos y conductuales. Los componentes internos se encuentran vinculados con lo neuropsicológico, cognitivo y subjetivo; de acuerdo con los externos, se toma en cuenta el contexto sociocultural; en los componentes conductuales, se considera cómo los individuos regulan sus emociones por medio de las expresiones faciales y de sus acciones (Zeman et al., 2001).

Desde otra perspectiva de análisis, las estrategias han sido distinguidas teniendo en cuenta el nivel de implicación de la consciencia en el proceso, siendo automáticas o conscientes (Gullone & Taffe, 2011; Gyurak, Gross & Etkin, 2011). Por su parte, desde el modelo de Gross, se agrupan las estrategias de RE según el momento en el que ocurren, atendiendo a una dimensión temporal abordada anteriormente (Gross & Thompson, 2007). Se coincide con Páez y cols. (2012), cuando afirman que estas taxonomías o familias de estrategias de RE ofrecen resultados altamente concordantes por lo general, tanto desde las aproximaciones empíricas como las teóricas, siendo posible su integración. Las estrategias de RE funcionan de manera interrelacionada, actuando en los diferentes momentos del proceso emocional e involucran componentes tanto internos, como conductuales e interpersonales, pudiendo presentar diferentes grados de mediatización de la consciencia.

Capítulo 1

Para la investigación resulta de gran valor la distinción de las estrategias según se focalizan en emociones de uno u otro contenido o valencia. La autora considera que el proceso de RE (y las estrategias desplegadas durante el mismo) presenta esquemas y objetivos generalmente diferentes, según se focalizan en emociones placenteras o displacenteras, coincidiendo con autores que lo abordan de esta manera (Campos, Iraurgi, Páez y Velazco, 2004; Company et al., 2012; Jódar et al., 2004; Larsen & Prizmic, 2004; Mendoza, 2010; Páez, Martínez-Sánchez, Mendiburo, Bobowik y Sevillano, 2013).

Un elemento que apoya las ideas anteriores, radica en cómo las estrategias de regulación de emociones displacenteras comparten características con las estrategias de afrontamiento. Son campos de investigación claramente diferenciables: la regulación emocional pone el énfasis en las variaciones que sufre la emoción, independientemente de cuál sea su origen, sin vincularse con situaciones estresantes o cambios vitales de forma típica como ocurre en el afrontamiento. Pero también se complementan y presentan puntos de encuentro, especialmente porque se regulan emociones displacenteras en los dos casos (Hervás y Vázquez, 2006; Páez et al., 2012).

Las estrategias de regulación de emociones displacenteras se centran en la distracción, evitación, rumiación, búsqueda de soluciones, entre otras, encaminadas a disminuirla o superarla (“down regulated” o regulación hacia abajo); las de emociones placenteras buscan mantenerlas o incrementarlas de modo general (“up-regulated” o regulación hacia arriba), según Lalot et al. (2014).

Hay autores que destacan cómo las emociones placenteras pueden requerir también una modulación hacia abajo en determinados momentos (Carl, Soskin, Kerns & Barlow, 2013; Quidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2010; Tamir & Gross, 2011). Sin embargo, los niveles óptimos de unas emociones u otras indican que debe ser más baja la frecuencia, duración e intensidad en el caso de las emociones displacenteras; mientras, la potenciación de emociones placenteras resulta beneficiosa para la salud y el bienestar de las personas (Fernández-Abascal, 2009; Palmero et al., 2006).

Apoyado en estas ideas, Páez y cols. (2012) han elaborado una propuesta acerca de las estrategias de regulación centradas en las emociones displacenteras, que integra el

Capítulo 1

campo del afrontamiento con las clasificaciones anteriormente descritas. Los autores han incluido el estudio de una variedad amplia de estrategias en sus investigaciones, atendiendo estas clasificaciones, pero considerando la mayoría de las clases de afrontamiento recogidas por Skinner y cols. (2003) que se aplican a la regulación emocional (Páez et al., 2012).

A pesar de las diversas taxonomías abordadas, actualmente se aprecia un elemento unificador: el relativo consenso en establecer la existencia de estrategias de regulación adaptativas, siendo más activas, flexibles y contextualizadas, tales como buscar modificar el medio activamente, aumentar los vínculos con otros o cambiar la forma de pensar y sentir, y formas más desadaptativas, como las de tipo evitativo o la que reproduce patrones de pensamiento y aproximación rígidos, extremos, que no cambian la situación o la empeoran (Páez et al., 2012).

Las tres estrategias de RE que se han asociado mayormente con los trastornos psicopatológicos y los problemas de salud en general, son las siguientes: la supresión, la evitación y la rumiación; mientras que la resolución de problemas, la reevaluación cognitiva y la aceptación, se han concebido como factores de protección en este sentido (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Cova, Rincón y Melipillán, 2007; Garnefski & Kraaij, 2006, 2007; Goldin, McRae, Ramel & Gross, 2008; Kirkegaard, 2006; Nolen-Hoeksema & Morrow, 2000; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Wolgast, Lundh & Viborg, 2011).

Analizar la adaptabilidad de las estrategias de RE requiere comprender la situación relacionada con la emoción, siendo dependientes del contexto (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Pero también implica la mirada individual, adentrarse en el mundo psicológico del sujeto, en su relación única e irrepetible con el medio social, sobre la base del sentido y significado que le atribuye a cada experiencia y/o situación.

El abordaje de las estrategias de RE en la adolescencia exige combinar su estudio con otros procesos del desarrollo psicológico (Kinkead, Garrido y Uribe, 2011) y la formación de la personalidad en general, incluyendo la influencia significativa de los diversos contextos de socialización, resultando más complejo aún por constituir elementos en pleno desarrollo.

1.5. La regulación emocional durante la adolescencia.

¿Cómo comprender la RE en un periodo donde el adolescente se caracteriza por su intensidad y labilidad afectiva muchas veces; donde se están desarrollando nuevas dimensiones de su identidad y los mecanismos de regulación externa siguen estando presentes; donde la propia RE que se alcanza está expuesta a constantes avances y retrocesos en el camino hacia su consolidación?

La interrogante anterior vincula el principal reto de la investigación con el estudio de la RE, desde una perspectiva donde convergen la Psicología Clínica y de la Salud con la Psicología Evolutiva, de manera que pueda lograrse un acercamiento a este proceso desde una concepción holística del desarrollo, pero también considerando la presencia de una enfermedad crónica como la HTA, con un impacto importante en la dinámica emocional del adolescente.

La adolescencia es un periodo entre la niñez y la adultez, constituyendo una fase de grandes determinaciones, hacia una independencia psicológica y social mayor (Pineda y Aliño, 2002). Aunque existen contradicciones al establecer los límites etéreos de dicho periodo, autores como Kon (1982) y Domínguez (2003) coinciden en plantear la adolescencia entre los 11-12 años y 14-15 años de edad, donde existe una SSD con características comunes, sobre la base de los procesos de maduración física y las peculiaridades del proceso de socialización. Son años que coinciden con el tránsito por la enseñanza secundaria, lo que aporta mayor uniformidad a la posición interna y externa de estos menores (Bozhovich, 1976). Por tanto, existen regularidades y tendencias psicológicas en los mismos, "sin minimizar el análisis de la expresión particular que adoptan dichas regularidades y tendencias en cada adolescente" (Domínguez, 2003, p. 16).

El desarrollo de la RE como otros procesos psicológicos, se encuentra determinado por esa combinación única e irrepetible en el menor, entre su personalidad en formación y el sistema de condiciones sociales que le rodea.

Aunque durante la adolescencia se produce una ampliación y diversificación de su red de relaciones sociales, el papel de los padres en el desarrollo psicológico es central aún (Abarca, 2003; Ato et al., 2004; Calkins & Hill, 2007; Domínguez, 2003; Hill et al., 2011;

Capítulo 1

Sheffield et al., 2007; Thompson & Meyer, 2007; Zeman et al., 2006). Específicamente, se plantean diversas vías por las cuales la relación padre-hijo influye en la RE, siendo las más habituales: su significación como modelo de determinadas formas de regulación, por medio de un aprendizaje observacional, o mostrando directamente a los hijos conductas típicas o tendencias de acción asociadas con un afrontamiento emocional; también a través del ambiente afectivo en el hogar, que provee a los niños de una historia emocional particular (Allen & Miga, 2010; Bariola, Gullone & Hughes, 2011; Hill et al., 2011; Jhon & Gross, 2004; Sheffield et al., 2007; Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006).

Conjuntamente con la familia, el contexto escolar ejerce notable influencia. Desde que la escuela hace su aparición en la vida del menor, constituye una importante fuente de referentes para su desarrollo en todas las esferas (Abarca, 2003). Pero el tránsito de la escolaridad primaria a la secundaria tiene una naturaleza particularmente tensionante; se abren nuevas exigencias académicas y presiones de los iguales, entre otros elementos que demandan del adolescente importantes recursos y habilidades para su afrontamiento. Por tanto, en la escuela actual se le concede gran importancia al desarrollo emocional (Bisquerra, 2012; Gaeta y Martín, 2009; Ortega, 2010; Sánchez, 2010; Vilorio, 2005).

No solo el éxito o fracaso escolar produce vivencias importantes en el adolescente. En la jerarquía de los aspectos que incidirán notablemente en su desarrollo, comienza a ocupar un lugar primordial la relación con los coetáneos (Allen & Miga, 2010; Bozhovich, 1976; Domínguez, 2003; Palacios et al., 2002). Aunque parezca que los padres dejan de ser relevantes, lo que sucede en la adolescencia es que otras relaciones como la amistad comienzan a cumplir funciones de apoyo afectivo que no ocupaban en etapas anteriores. Junto al incremento de los conflictos con los padres, generalmente la amistad llega a ser crítica para el bienestar, dependiendo del lugar que logre ocupar el adolescente entre sus iguales, de la aceptación, reconocimiento y apoyo que sea capaz de obtener de estos (Vázquez y Hervás, 2009).

Una de las principales vías de influencia en la que convergen los diferentes agentes socializadores abordados anteriormente, se basa en su papel como fuente de apoyo social, constituyendo recursos externos vitales para el menor, especialmente ante

Capítulo 1

situaciones que le resultan difíciles o problemáticas y que pueden generarle emociones displacenteras (Chu, Saucier & Hafner, 2010; Roca y Pérez, 1999; San Martín y Barra, 2013).

En interrelación con los cambios que se van produciendo en las condiciones sociales, ocurre una reestructuración interna en el adolescente, donde una tarea principal radica en la construcción de la propia identidad (APA, 2002; Domínguez, 2003; San Martín, 2013). Considerada como etapa turbulenta y de crisis o con existencia de transformaciones que conducen al crecimiento, es indudable que se atraviesan cambios y situaciones propias de la etapa evolutiva (Casullo y Fernández, 2001), cambios rápidos e importantes en diferentes ámbitos que le permiten crecer, aprender, adaptarse y socializarse (Figueras, 2006).

Como plantea Vygostki (1984), para comprender la psicología del adolescente es necesario partir de las fuerzas motrices que la ponen en marcha, siendo las necesidades la categoría central en este sentido. Pero sucede que en la adolescencia se entrecruza de manera especial la línea biológica con la histórico-cultural del desarrollo: hay maduración de las necesidades tanto biológicas como culturales (Vygostki, 1984), ocurriendo cambios puberales que suponen importantes modificaciones neuroendocrinas, con una repercusión psicológica para cada menor (APA, 2002; Domínguez, 2003; San Martín y Barra, 2013; Ge & Natsuaki, 2009).

También con el inicio de la adolescencia comienza una de las etapas más radicales en el desarrollo cerebral, fundamentalmente en lo que respecta a las áreas vinculadas con el autodomínio emocional, la comprensión y la voluntariedad, sobre la base de la maduración de los lóbulos frontales (Palacios et al., 2002; Jhon & Gross, 2004). De manera que en este periodo la corteza prefrontal experimenta un enorme crecimiento, que estimula el desarrollo de la retrospectiva y previsión (San Martín y Barra, 2013).

No obstante, se conoce que el sistema límbico maduraría antes que las áreas de la corteza prefrontal, fortaleciéndose las conexiones entre ambos sistemas a medida que transcurre el desarrollo (San Martín y Barra, 2013). Por tanto, la mayor participación de circuitos emocionales como la amígdala, en lugar de las regiones de control inhibitorio, puede dificultar la RE (Casey et al., 2010; Hilt, 2011). Pero es un proceso que varía entre

Capítulo 1

un adolescente y otro, debido a los logros cognitivos y el desarrollo que se va alcanzando en esferas como la moral y la afectiva propiamente, de acuerdo con su SSD.

De este modo, con la entrada en la adolescencia el menor experimenta grandes cambios físicos y psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, en un tiempo relativamente breve, a los cuales debe hacer frente (Figueras, 2006). Es así que la regulación de las emociones en la adolescencia es aún más difícil de lo que puede ser en otros momentos del desarrollo, pero también muy necesaria (Hilt et al., 2011). Los desafíos crecientes que enfrentan, las situaciones extremas sujetas a cambios más rápidos y menos predecibles que en etapas anteriores, la presencia simultánea de emociones placenteras y displacenteras más que en otros grupos de edad, apuntan a que la RE se puede convertir en un componente clave durante este periodo de transición, en un requerimiento para realizar con éxito las tareas del desarrollo propias de la etapa (Gaeta y Martín, 2009; Hilt et al., 2011; Opitz et al., 2012; Sheffield et al., 2007; Silvers et al., 2012).

Afortunadamente, van siendo también crecientes los recursos internos. Desde el punto de vista cognitivo se alcanza un nuevo y más complejo nivel de pensamiento, caracterizado por una mayor autonomía y rigor en su razonamiento, tratado en la tradición piagetiana como “pensamiento formal”.

Para Vygostki (1984), el desarrollo que adquiere el pensamiento tiene un significado central y decisivo en todas las funciones y procesos restantes, señalando su papel rector para la personalidad del adolescente, constituyendo el eslabón principal de todos los cambios que se producen en su psicología. De este modo, enfatiza cómo el pensamiento conceptual constituye el logro esencial de este proceso, lo cual renueva y reestructura todo su contenido, en estrecha relación con cambios en cuanto a su forma (el dominio del pensamiento lógico).

Estas nuevas características cognitivas propician un salto en cuanto al desarrollo de la autoconciencia, elemento resaltado por el autor cuando explica cómo este contenido del pensamiento pasa constantemente al interior en el proceso de desarrollo del menor: “(...) pasa a ser parte integrante, orgánica, de su propia personalidad y de los diversos sistemas de su conducta” (Vygotski, 1984, p. 63). Todo aquello que era al principio exterior va pasando a ser interior. De modo que en este proceso de maduración, descubre el

Capítulo 1

mundo de lo psíquico: "(...) el mundo de las vivencias internas, desconocido para el niño de edad temprana, se revela ahora al adolescente y constituye una esfera de enorme importancia en el contenido de su pensamiento" (Vygotski, 1984, p. 69).

Por tanto, la función de formación de conceptos en la edad de transición juega un papel decisivo, pues permite que el adolescente se adentre en su realidad interna. Es entonces cuando comienza a entenderse a sí mismo, a comprender su mundo interior. Se trata de un desarrollo vertiginoso de la autoconciencia, que hasta este momento había sido un proceso lento. El desarrollo de la autoconciencia constituye el cambio superior de la psicología del adolescente (Vygotski, 1984).

Son cambios que presentan gran implicación en la vida psíquica, vinculándose de manera importante con el desarrollo de la voluntad. Como plantea Vygotski (1984), lo nuevo que subyace en el desarrollo de todas las funciones psíquicas en esta edad es precisamente la voluntad dirigida a un fin, el dominio de la propia conducta, la capacidad de plantear objetivos y lograrlos. En todo ello se van integrando de manera cada vez más compleja, importantes formaciones como la autovaloración, cuya función reguladora y valorativa presenta mayor implicación en la orientación del comportamiento adolescente (Domínguez, 2003).

El reflejo de todas estas transformaciones en el plano emocional se evidencia en diversos logros del menor. De esta manera, se coincide en plantear cómo está presente una mayor conciencia y comprensión más compleja de sus estados afectivos, aumentando su léxico de vocablos sobre las emociones (Abarca, 2003; Gross & Thompson, 2007; Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2003; Mendoza, 2010). Son capaces de relacionar mejor unas emociones con otras y cómo estas afectan su comportamiento, su desempeño y sus relaciones. Se consolida la comprensión de emociones opuestas o contradictorias y la capacidad para hacer diferenciaciones más complejas de aquellas que son apropiadas para las diferentes situaciones. Igualmente, se afianza la comprensión emocional de los otros, en todo lo cual el pensamiento hipotético deductivo juega un papel esencial (Abarca, 2003; Palacios et al., 2002).

Capítulo 1

Sobre esta base, se continúa transitando hacia una regulación más interna, autónoma e independiente (Abarca, 2003; Capella & Mendoza, 2011; Clemente y Adrián, 2004; Cuervo e Izzedin, 2007; Léniz, 2007; Mendoza, 2010; Palacios et al., 2002).

Sin duda, uno de los elementos más controvertidos en el estudio de la RE del adolescente se vincula con las estrategias que utiliza. Por una parte, se plantea que es capaz de hacer una evaluación más exacta, realista y ejercer un mayor control de las circunstancias estresantes, pudiendo generar múltiples soluciones y estrategias diferenciadas, destacándose la importante evolución que tienen las estrategias emocionales empleadas (Abarca, 2003; Saarni, 2011; Ugarriza y Pajares, 2005; Palacios et al., 2002).

Se señalan como logros relevantes de la etapa, la utilización más frecuente y eficaz de estrategias cognitivas de RE (Abarca, 2003; Gaeta y Martín, 2009; McRae et al., 2012); el incremento de la especificidad en las respuestas de afrontamiento de acuerdo a la situación (Zeman et al., 2006), además de la capacidad para elegir estrategias de RE efectivas y adaptativas (Saarni, 2011). Entre las estrategias que se emplean con mayor frecuencia, se destacan la distracción, la búsqueda del apoyo social y la instrumental (Figueroa et al., 2005; Veloso, Caqueo, Caqueo, Muñoz, y Villegas, 2010).

Sin embargo, se afirma que resulta característico en la RE del adolescente su falta de flexibilidad, siendo radicales al utilizar sus recursos cognitivos para negar o disfrazar sus emociones, actitudes y conductas, lo que posiblemente esté vinculado con la necesidad de mantener una buena imagen ante los demás y un buen autoconcepto (Abarca, 2003).

De este modo, aunque en la adolescencia se va teniendo paulatinamente mayor variedad de estrategias de RE, puede predominar durante parte de la etapa el conocimiento aún insuficiente acerca de ellas, de cómo o cuándo aplicarlas, fallando su uso o siendo este excesivo (Gaeta y Martín, 2009; Hilt et al., 2011). Aunque en su bagaje cultural ya poseen muchas de las estrategias emocionales, aún los adolescentes no las utilizan o no lo hacen adecuadamente (Abarca, 2003).

De acuerdo con estas ideas, es necesario enfatizar que la RE resulta un proceso gradual de desarrollo, con avances tanto como retrocesos, que puede expresarse con diferencias entre un menor u otro, dependiendo de su SSD. En este punto, resultan importantes las ideas de Vygostki (1984), cuando describe la dinámica de la personalidad del adolescente,

Capítulo 1

planteando que en su estructura, "(...) no hay nada que sea estable, definitivo e inmóvil. Todo en ella fluye y transmuta" (Vygostki, 1984, p. 247).

A pesar de los enormes retos que implica el estudio de la RE en esta etapa evolutiva, ello se convierte en una necesidad para diversos ámbitos. Específicamente el abordaje de la RE en los adolescentes hipertensos puede proporcionar herramientas importantes, tanto para el diagnóstico, como para la prevención y tratamiento de la enfermedad, teniendo en cuenta la implicación de las variables emocionales en este sentido. Por tanto, se requiere construir las bases teórico-metodológicas que posibiliten enfrentar lo más acertadamente posible el proceso de investigación en este ámbito.

A partir de la revisión teórica actualizada sobre la hipertensión pediátrica, las tendencias en el estudio de las emociones, la regulación emocional y su evaluación, especialmente en la adolescencia, se procede con la elaboración de los supuestos metodológicos correspondientes.

CAPÍTULO 2 DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta metodológica se diseñó teniendo en cuenta el problema científico y los objetivos de la investigación, siendo los siguientes:

Problema Científico: ¿Cómo se manifiesta la regulación de las emociones displacenteras en adolescentes de 12 a 15 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de Villa Clara?

Objetivo General: Caracterizar la regulación de emociones displacenteras en adolescentes de 12 a 15 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de Villa Clara.

Objetivos específicos:

1. Determinar las características de la expresión de las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
2. Describir cómo se manifiestan la comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
3. Identificar los indicadores de la regulación de emociones displacenteras que resultan más importantes para la funcionalidad del proceso, en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.
4. Valorar la funcionalidad de la regulación emocional, considerando la interacción de variables internas y externas implicadas en el proceso, en los adolescentes hipertensos de 12 a 15 años de edad de Villa Clara.

2.1. Diseño Metodológico.

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados se asumió un enfoque mixto de investigación, siendo “un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio (...)” (Hernández-Sampieri, Hernández-Collado y Baptista-Lucio, 2006, p. 755). El enfoque mixto posibilita una comprensión más precisa del fenómeno a estudiar, así como su percepción más holística, sustentándose en las fortalezas de cada método: cuantitativo y cualitativo, pudiéndose obtener mayor variedad de perspectivas del problema (Hernández-Sampieri et al., 2006).

La obtención y análisis de los datos parten del empleo del método clínico como momento esencial en la investigación psicológica, donde el sujeto constituye el principal objeto de

Capítulo 2

estudio (Roca, 2002), siendo relevante para lograr un acercamiento a la historia vital de cada adolescente y profundizar en la regulación emocional como proceso complejo.

Bajo un diseño no experimental y transversal, la investigación presenta un enfoque de dos etapas, en su modalidad secuencial, conformando un estudio de tipo descriptivo-correlacional, donde se combinan ambas metodologías: cuantitativa y cualitativa, de la manera que se precisa en la tabla siguiente.

Tabla 1. Enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación.

Etapa	Enfoque	Tarea Científica	Pruebas Psicológicas
Primera	Predominantemente Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación cubana de instrumentos para evaluar la RE en los adolescentes hipertensos. • Caracterización de las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos. • Identificación de las particularidades de la comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional en los adolescentes hipertensos estudiados, al ser comparados con adolescentes normotensos. • Determinación de los indicadores de la regulación de emociones displacenteras más importantes para la funcionalidad del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • DERS-E, para adolescentes • MARS, versión adolescente • IDAREN • IDEREN • STAXI-II N/A • Ficha de autorregistro diario de emociones • Entrevista psicológica semi-estructurada.
Segunda	Predominantemente cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la funcionalidad de la regulación de emociones displacenteras, considerando la interacción de variables internas y externas implicadas en el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica en profundidad. • Entrevista semi-estructurada. • IPJ. • EAA. • Completamiento de frases. • Técnica de los 10 deseos.

Fuente: elaboración personal.

2.2. Primera etapa: enfoque predominantemente cuantitativo.

2.2.1. Población y muestra.

La selección de las muestras se realizó de acuerdo con las tareas científicas de esta primera etapa. Para dar cumplimiento a la tarea científica relacionada con el proceso de validación, las pruebas psicológicas fueron valoradas inicialmente por tres especialistas en filología de la UCLV, con más de 20 años de experiencia profesional, teniendo dos de ellos la categoría científica de Máster y el otro Doctor en Ciencias.

También se aplicó una Encuesta sobre el Juicio de profesionales (véase anexo 3 del Manual de la DERS-E y anexo 2 del Manual de la MARS) a un total de 13 psicólogos vinculados con tareas de diagnóstico e/o intervención con adolescentes. El 69,2 % (9) de estos profesionales cuenta con más de 20 años de experiencia en el ejercicio profesional. En cuanto al grado científico, el 46,2 % (6) son Doctores en Ciencias y el otro 38,5 % (5) poseen el grado de Máster; los dos restantes (15,4 %) son licenciados.

Como forma de dar continuidad a la etapa evaluativa de los elementos formales y conceptuales de cada técnica, se ejecutó un estudio piloto con 30 adolescentes de la ciudad de Santa Clara.

Posteriormente, las pruebas se sometieron a un proceso de validación para Villa Clara, asumiéndose la población de adolescentes de secundaria básica de esta provincia en el curso 2012-2013, siendo un total de 27681 menores. Se seleccionó una muestra probabilística compuesta por 394 adolescentes, considerándose necesario estratificarla por grado escolar y por municipios de procedencia. En la tabla siguiente se refleja la distribución de dicha muestra, de acuerdo con las variables sociodemográficas edad, sexo y grado de escolaridad. Otros datos pueden consultarse en los Manuales que han sido elaborados para las pruebas (véase anexo correspondiente a cada Manual).

Capítulo 2

Tabla 2. Distribución de las variables sociodemográficas en la muestra de adolescentes de secundaria básica.

	Género		Edad (en años)				Grado Escolar		
	M	F	12	13	14	15	7mo	8vo	9no
fr.	194	200	83	133	113	65	124	131	139
%	49,2	50,8	21,1	33,8	28,7	16,5	31,5	33,2	35,3

Leyenda: M: masculino; F: femenino.
Fuente: técnicas psicológicas aplicadas.

En relación con el resto de las tareas científicas de la primera etapa, la investigación se realizó con la población de adolescentes hipertensos esenciales de 12 a 15 años de edad, que asistieron durante un año (2013) a la consulta de Cardiología del Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de la provincia de Villa Clara. Lo anterior responde a una demanda de la práctica asistencial en este servicio de Cardiología, donde son atendidos los pacientes de toda la provincia, vinculada con la necesidad de proporcionarles una atención más integral.

Los adolescentes con HTA esencial constituyen el grupo de estudio, cumpliendo los requisitos de selección siguientes:

Criterios de inclusión:

- Consentimiento informado de la familia y el adolescente: antes de iniciar la investigación se les explicaron sus características y se contó con su consentimiento informado para participar en la misma (véase anexo 1).
- Adolescentes de 12 a 15 años con diagnóstico de HTA esencial, confirmado por los especialistas en Medicina.
- Adolescentes con seis o más meses de evolución de la HTA esencial.
- Dos meses o más con tratamiento antihipertensivo en aquellos pacientes que lo tuvieran indicado. Entre sus efectos secundarios, el tratamiento antihipertensivo puede tener influencia en algunos procesos psicológicos, en las primeras dosis fundamentalmente. Se recomendó que en caso de cualquier cambio en la indicación o dosificación, se reportara para garantizar mayor confiabilidad de los resultados.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes y/o su familia que no desearan participar en la investigación.

Capítulo 2

- Adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial secundaria.
- Presencia de trastornos psicopatológicos severos en los adolescentes, que impidan la realización de las técnicas psicológicas utilizadas, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados.
- Adolescentes que tuvieran tratamiento psicofarmacológico en el momento de realizarse el estudio, pues los efectos derivados del mismo podrían viciar los resultados a alcanzar, por su posible influencia en las variables psicológicas.

Criterios de salida:

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

El grupo testigo fue conformado por adolescentes normotensos, realizándose un muestreo pareado con el objetivo de homogeneizar sus características sociodemográficas en relación con el grupo de estudio. Los criterios tenidos en cuenta para su selección fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Consentimiento informado de la familia y el adolescente para participar en la investigación.
- Adolescentes supuestamente sanos, física y mentalmente.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes y/o sus padres que no desearan participar en la investigación.
- Presencia de trastornos psicopatológicos severos en los adolescentes, que impidan la realización de las técnicas psicológicas utilizadas, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados.
- Adolescentes que padecieran enfermedades crónicas, en función de no permear los resultados.
- Adolescentes que tuvieran tratamiento psicofarmacológico en el momento de realizarse el estudio.

Criterios de salida:

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

Capítulo 2

El grupo de estudio quedó conformado por 60 adolescentes con hipertensión arterial esencial, atendidos en la consulta de Cardiología del Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de la provincia de Villa Clara, durante el año 2013.

En la medida que se iban seleccionando los adolescentes con HTA esencial, se seleccionaban también paralelamente los menores normotensos procedentes de la misma zona de residencia y escuela secundaria básica, garantizándose que el resto de las características sociodemográficas (edad, sexo y color de la piel) fueran igualmente similares. De este modo, el grupo testigo quedó integrado por 60 adolescentes normotensos.

Por tanto, la distribución de acuerdo a las variables sociodemográficas: sexo, edad, grado de escolaridad, color de la piel y zona de procedencia, es la misma para los dos grupos como se muestra en la tabla 3. En cada uno de estos, la edad media fue de 13,50 con una desviación típica de 1,097 de modo general. Para el sexo masculino, la edad media fue de 13,40 y para el sexo femenino, de 13,80, con desviaciones típicas de 1,116 y 1,014, respectivamente.

Tabla 3. Distribución de las variables sociodemográficas en los adolescentes hipertensos y normotensos.

		Grupos				Total	
		Hipertensos		Normotensos		fr. %	
		fr.	%	fr.	%		
Género	Femenino	15	25	15	25	30	25
	Masculino	45	75	45	75	90	75
Edad	12 años	13	21,7	13	21,7	26	21,7
	13 años	18	30	18	30	36	30
	14 años	15	25	15	25	30	25
	15 años	14	23,3	14	23,3	28	23,3
Grado Escolar	7mo	17	28,3	17	28,3	34	28,3
	8vo	19	31,7	19	31,7	38	31,7
	9no	24	40	24	40	48	40
Color de la piel	Blanco	47	78,3	47	78,3	94	78,3
	Negro	13	21,7	13	21,7	26	21,7
Procedencia	Rural	23	38,3	23	38,3	46	38,3
	Urbana	37	61,7	37	61,7	74	61,7

Fuente: entrevistas a los padres, a los adolescentes y a los especialistas de Cardiología.

Capítulo 2

La distribución de las variables sociodemográficas siguientes: color de la piel y zona de procedencia, se realiza en ambos grupos de estudio y testigo, debido a su importancia como factores de riesgo asociados a la HTA esencial, posibilitando una descripción integral de la muestra; son variables que no se consideraron para la selección de la muestra vinculada con la validación de instrumentos (primera tarea científica de la etapa), por su poca implicación en la RE según la literatura revisada.

2.2.2. Operacionalización de las variables.

En la investigación, se tienen en cuenta las variables definidas a continuación:

Hipertensión arterial esencial pediátrica: enfermedad crónica no transmisible que se presenta en los adolescentes, cuando el promedio de tensión arterial sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentil 95 para la edad, el sexo y la talla, tomada en tres ocasiones o más separadas, de acuerdo con la 4ta comunicación de la Academia Americana de Pediatría (2004). Sus causas son de origen desconocido o múltiple, interviniendo factores de diversa naturaleza en su inicio y evolución, pudiendo ser de tipo biológico, genético, ambiental, social y psicológico.

Adolescencia: periodo evolutivo que transcurre aproximadamente entre los 11-12 y 14-15 años de edad, donde el desarrollo de la autoconsciencia constituye el cambio superior (Vygostki, 1984), teniendo el adolescente como tarea principal la construcción de su propia identidad, transitándose hacia una regulación del comportamiento más interna y autónoma.

Dentro de la regulación de las emociones displacenteras, se asumen las variables siguientes:

Emociones displacenteras: emociones que se generan ante acontecimientos que son valorados como dificultad para el logro de los propios objetivos; por tanto, suelen experimentarse ante amenazas, pérdidas y/o cuando se afecta una meta, vivenciándose con desagrado generalmente. En la investigación son estudiadas las emociones displacenteras siguientes: ansiedad, tristeza e ira.

- *Ansiedad:* emoción displacentera desencadenada ante una situación de amenaza, física o psíquica, real o imaginaria, teniendo como núcleo temático principal la incertidumbre y amenaza. Puede manifestarse a través de sudoraciones, aumento de

Capítulo 2

la tensión muscular, frecuencia respiratoria y/o tensión arterial, descenso de la salivación, palpitaciones, vómitos, aprensión, preocupación, entre otras.

- *Tristeza*: su núcleo temático central suele ser la pérdida irrevocable o irreparable; se puede vincular con el fracaso (actual o posible) de una meta valiosa. Se asocia con la disminución de energía e interés por las actividades vitales, enlentecimiento del metabolismo corporal, la pena, la desilusión, la melancolía, entre otras.
- *Ira*: su núcleo temático vinculado es la ofensa contra uno mismo o lo suyo, teniendo como creencia la responsabilidad de otros ante los fracasos o en un hecho que resulta dañino. Se asocia con la irritabilidad, el enojo, aumento de la tensión muscular, gritos, agresividad, entre otras manifestaciones.

Cada una de estas emociones puede presentarse también como característica de personalidad en formación, entendida como las diferencias individuales y relativamente estables para responder frecuentemente con la emoción correspondiente.

Regulación emocional: proceso que lleva a cabo el adolescente hipertenso, requiriendo la comprensión de sus emociones, de sus causas y consecuencias, desplegando estrategias que involucran componentes fisiológicos, cognitivos, conductuales e interpersonales, con el objetivo de iniciar, mantener o disminuir la intensidad, duración y/o frecuencia de sus emociones displacenteras, para lograr una respuesta emocional ajustada personal y/o socialmente, que contribuya con sus diferentes metas personales.

Los indicadores para el análisis de la regulación emocional, son los siguientes: la *comprensión emocional* y las *estrategias de RE*.

- *Comprensión Emocional*: se expresa en las habilidades que posee el adolescente hipertenso para percibir, identificar, evaluar y valorar información acerca de sus emociones displacenteras, sus causas y consecuencias, sobre la base del significado atribuido a la situación relacionada con dichas emociones. Puede ser:
 - *Comprensión emocional adecuada*: se expresa en la tendencia del adolescente hipertenso para atender hacia sus emociones displacenteras, pudiendo identificarlas, así como reconocer sus causas y efectos, a partir de los significados atribuidos a la/s

Capítulo 2

situación/es relacionada/s con dichas emociones, siempre que necesite disponer de esta información de acuerdo al momento y/o la situación.

- Comprensión emocional parcialmente adecuada: se expresa en un conocimiento parcial por parte del adolescente hipertenso acerca de sus emociones displacenteras, sus posibles causas y/o efectos, de modo que no dispone de esta información en ocasiones, cuando la situación o el momento lo requieren.
- Comprensión emocional inadecuada: se expresa en un conocimiento limitado por parte del adolescente hipertenso acerca de una o más de sus emociones displacenteras y posibles causas y efectos, por lo que frecuentemente no se dispone de esta información, aún cuando la situación o el momento lo requieren.
- *Estrategias de regulación emocional*: constituyen el modo en que el adolescente hipertenso despliega acciones que involucran componentes fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales, con el objetivo de evitar, iniciar, mantener o modular la ocurrencia, intensidad y duración de sus emociones displacenteras, incluyendo sus diferentes momentos (desde los antecedentes hasta la respuesta emocional) y dimensiones (subjética, conductual y fisiológica). Las estrategias pueden ser:
 - Estrategias de RE adaptativas: constituyen estrategias que el adolescente hipertenso despliega de manera activa y flexible, que buscan modificar el medio activamente, aumentar los vínculos con otros y/o cambiar la forma de pensar y sentir, acordes con los requerimientos de la situación y las necesidades y/o metas del menor, predominando una respuesta emocional ajustada personal y socialmente.
 - Estrategias de RE parcialmente adaptativas: el adolescente hipertenso despliega estrategias donde se combinan formas más adaptativas, siendo activas, flexibles y contextualizadas, que buscan modificar el medio activamente, aumentar los vínculos con otros o cambiar la forma de pensar y sentir, con formas más desadaptativas, tales como la regulación de tipo evitativo o la que reproduce patrones de pensamiento y aproximación rígidos, extremos, que no cambian la situación o la empeoran, de modo que no se logra/n modular la/s emoción/es displacentera/s en

Capítulo 2

ocasiones, de acuerdo con los requerimientos de la situación y las necesidades y/o metas del adolescente.

- Estrategias de RE desadaptativas: constituyen estrategias que el adolescente hipertenso despliega de manera predominantemente evitativa o que reproducen patrones de pensamiento y aproximación rígidos, extremos, que no cambian la situación o la empeoran, de modo que frecuentemente no se logra/n modular la/s emoción/es displacentera/s, de acuerdo con los requerimientos de la situación y las necesidades y/o metas del menor, predominando respuestas emocionales poco ajustadas personal y socialmente.

En sus trabajos, Páez y cols. (2012, 2013) contemplan una gran variedad de estrategias que fueron incluidas en la MARS, versión adolescente. La agrupación de las estrategias en cada uno de los factores que evalúa esta prueba, responde a indicadores vinculados con su adaptabilidad fundamentalmente. Una descripción de cada factor y los tipos de estrategias que engloban, puede encontrarse en el Manual elaborado para la prueba (véase anexo correspondiente), en las páginas de las 4 a la 8.

La regulación emocional puede ser:

- Regulación emocional con tendencia hacia la funcionalidad: se manifiesta en el predominio de una comprensión emocional adecuada y estrategias de RE mayormente adaptativas en el adolescente hipertenso, de manera que se logra un equilibrio entre los diferentes componentes implicados en su experiencia y respuesta emocional (subjetivo, fisiológico y conductual), que contribuye generalmente con la realización de sus diversas metas.
- Regulación emocional parcialmente funcional: se manifiesta cuando en ocasiones existen limitaciones en la comprensión emocional y/o estrategias desadaptativas en el adolescente hipertenso, de manera que se afecta parcialmente el equilibrio entre los componentes implicados en su experiencia y respuesta emocional (subjetivo, fisiológico y conductual) y su contribución con la realización de determinadas metas.
- Regulación emocional con tendencia hacia la disfuncionalidad: se manifiesta cuando predominan limitaciones en la comprensión emocional y/o estrategias desadaptativas en el

Capítulo 2

adolescente hipertenso, de manera que se afecta frecuentemente el equilibrio entre los componentes implicados en su experiencia y respuesta emocional (subjetivo, fisiológico y conductual) y su contribución con la realización de sus diversas metas.

Tabla 4. Variables y pruebas psicológicas empleadas para su evaluación.

Emociones displacenteras	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica semi-estructurada (al adolescente, a la familia y al maestro). • IDAREN. • IDEREN. • STAXI-II N/A. • Escala DERS-E, para adolescentes. Subescalas “estrategias” (ítems 3, 12, 17, 20 y 23) y “metas” (ítems 11, 13, 15, 16, 21 y 22). • Ficha de autorregistro diario de emociones.
Regulación emocional. Indicador: comprensión emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica semi-estructurada (al adolescente y su familia). • Escala DERS-E, para adolescentes. Subescalas “desatención” (ítems 1, 2, 6, 7 y 9) y “confusión” (ítems 4, 5 y 8). • Ficha de autorregistro diario de emociones.
Regulación emocional. Indicador: estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica semi-estructurada (al adolescente, a la familia y al maestro). • MARS, versión adolescente. • Escala DERS-E, para adolescentes. Subescala “estrategias” (ítems 3, 12, 17, 20 y 23). • Ficha de autorregistro diario de emociones.

Fuente: elaboración personal.

2.2.3. Pruebas psicológicas para la recogida de la información.

- Entrevista psicológica semi-estructurada a la familia.
- Entrevista psicológica semi-estructurada al adolescente.
- Entrevista psicológica semi-estructurada al maestro.
- Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E), para adolescentes.
- Medida de Estilos de Regulación Afectiva (MARS), versión adolescente.
- Inventario de ansiedad rasgo–estado, versión infantil (IDAREN).
- Inventario de autoevaluación depresión rasgo-estado infantil (IDEREN).
- Inventario de expresión de la ira rasgo-estado versión niño-adolescente (STAXI – II N/A).
- Ficha de autorregistro diario de emociones.
- Observación.

Descripción de las pruebas psicológicas empleadas:

➤ *Entrevista psicológica semi-estructurada a la familia:*

Se realiza en dos sesiones, las cuales se encuentran guiadas por los aspectos que se desean conocer y profundizar durante la investigación. En la primera entrevista (véase anexo 2), luego de dar a conocer los objetivos generales de la investigación y solicitar el consentimiento de la familia para participar en la misma, se comienza a indagar en las características generales del adolescente hipertenso, así como en las emociones displacenteras más frecuentes que presenta, sus principales causas, manifestaciones y las estrategias que utiliza para regularlas, aspectos que son profundizados con una segunda entrevista.

➤ *Entrevista psicológica semi-estructurada al adolescente:*

Se realiza en tres sesiones. Luego de dar a conocer los objetivos generales de la investigación y solicitar el consentimiento del menor para participar en la misma, se procede en la primera entrevista a conocer las características de la ansiedad, la tristeza y la ira, sus causas y manifestaciones, indagando en la comprensión que posee de todos estos elementos, así como en las estrategias que utiliza para regularlas (véase anexo 3). Son aspectos que se van profundizando en el resto de las entrevistas, triangulando continuamente la información obtenida en otras pruebas.

➤ *Entrevista psicológica semi-estructurada al maestro:*

Tiene como objetivos indagar en las características del desempeño que presenta el adolescente hipertenso en la escuela, en sus actividades y relaciones con maestros y coetáneos, así como su incidencia en la vida emocional del mismo, profundizando en las emociones displacenteras más frecuentes y su regulación (véase anexo 4).

La interpretación de las entrevistas se realiza a través del análisis de contenido, de acuerdo con los indicadores establecidos, siendo los siguientes de manera general:

- Características generales del adolescente.
- Presencia de ansiedad, tristeza e ira en el menor.

Capítulo 2

- Causas y manifestaciones (fisiológicas, cognitivas y motoras) de la ansiedad, la tristeza y la ira.
 - Características de la comprensión de sus emociones displacenteras por parte del adolescente.
 - Tipos de estrategias desplegadas por este para regular sus emociones displacenteras.
- *Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E), para adolescentes (véase anexo 5):*

Fue creada originalmente por Gratz y Roemer (2004), de manera que sus siglas obedecen al nombre en inglés: Difficulties in Emotion Regulation Scale. Recientemente, fue adaptada para adolescentes mexicanos por Marín, Robles, González-Forteza y Andrade (2012), obteniéndose un alpha de Cronbach con rangos entre ,85 y ,68 para cada subescala. Esta versión mexicana es la que se toma para ser validada en la investigación, como parte de la primera tarea científica. El objetivo de la prueba consiste en evaluar las dificultades en la regulación emocional, abarcando distintas dimensiones implicadas en este sentido: aceptación emocional, conciencia y claridad emocional, el acceso limitado a estrategias de regulación emocional y dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas.

La DERS-E en su versión cubana consta de 23 ítems. Para su calificación, se otorga un puntaje en una escala de 0 a 4, de acuerdo con las opciones de respuesta que van desde casi nunca (0 punto), hasta casi siempre (4 puntos). Las excepciones son respecto a los ítems siguientes, puesto que en este caso la calificación es inversa: 1, 2, 6, 7, 9. La suma de todos los ítems proporciona la puntuación directa, tanto de la escala total como de sus diferentes subescalas, pudiendo ser interpretadas según los percentiles elaborados para la población cubana (véase anexo 6). La descripción de cada subescala aparece en el Manual de la prueba (véase anexo correspondiente), en la página 4.

- *Medida de estilos de regulación afectiva (MARS), versión adolescente.*

La *Measure of Affect Regulation Styles (MARS)* fue creada originalmente por Larsen y Prizmic (2004). Sobre la base de la escala original, Páez y cols. (2012) elaboraron una

Capítulo 2

ampliación incorporando 24 ítems, siendo adaptada esta versión para los adolescentes de Villa Clara, como parte de la primera tarea científica de la investigación.

La versión cubana, abreviada para adolescentes, contiene 22 ítems (véase anexo 7) vinculados con diversos tipos de estrategias de regulación emocional, que se agruparon de la manera siguiente según el análisis factorial de la escala: factor 1 “evitativo y rígido”; factor 2 “expresión y distracción”; factor 3 “de apoyo y auto-modificación”; factor 4 “descarga y fisiológico pasivo” y factor 5 “directo y aproximativo”.

La agrupación de las estrategias en los factores respondió a indicadores comunes, vinculados con su adaptabilidad, incluyendo el carácter aproximativo o evitativo que presentan; igualmente, se apreció cómo en cada uno de estos las estrategias se centran en la situación o la emoción generalmente. Una descripción de los factores y los tipos de estrategias que contemplan, puede encontrarse en el Manual elaborado para la prueba (véase anexo correspondiente), en las páginas de las 4 a la 8.

Para su calificación, la escala de respuesta tipo Likert recoge un rango desde 1 (*nunca*) a 5 puntos (*siempre*). De este modo, se halla la puntuación directa de cada factor sumando los ítems correspondientes. Dicha puntuación se interpreta según los percentiles elaborados para los adolescentes de 12 a 15 años de edad, estableciendo el nivel de frecuencia con que son utilizadas las estrategias (véase anexo 8).

➤ *Inventario de ansiedad rasgo–estado, versión infantil (IDAREN):*

Esta técnica es la versión al español del State Train Anxiety Inventory (STAI) de Ch. Spielberger, en su variante para niños o adolescentes, adaptada para la población cubana por Lorenzo y cols. (2003), con un alpha de Cronbach de 0,90 en esta muestra. La prueba permite evaluar la presencia de ansiedad rasgo–estado en niños y adolescentes (véase anexo 9), de acuerdo con los parámetros que aparecen en el anexo 10.

➤ *Inventario de autoevaluación depresión rasgo-estado infantil (IDEREN):*

Este instrumento es una variante del test IDERE de Grau y Martín, constituyendo un inventario autoevaluativo diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: como estado y como rasgo. Se puede aplicar a niños y adolescentes (González, 2007). La escala que evalúa la depresión como estado contiene

Capítulo 2

20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4 (véase anexo 11). El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describa su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: “no existe”, “un poco”, “suficiente” y “muy fuerte”. La escala de depresión como rasgo consta de 22 ítems, que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuestas son las mismas que en la escala estado. Su calificación e interpretación se realiza de acuerdo con los parámetros que aparecen en el anexo 12.

- *Inventario de expresión de la ira rasgo-estado versión niño-adolescente (STAXI – II N/A):*
Es una prueba originalmente elaborada por Brunner y Spielberger (2009). Permite evaluar la ira rasgo y la ira estado en los niños y adolescentes. Fue validado para la población cubana (Sanz, 2011), obteniéndose un alpha de Cronbach con rangos entre ,6 y ,8 en esta muestra. Consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas y subescalas: Ira Estado, Ira Rasgo, Ira Expresión y Control de la Ira (véase anexo 13). En cada escala se califican las respuestas de acuerdo con un rango de 1 a 3; en la parte 1 (escala estado) las respuestas varían desde: en nada (1), un poco (2), bastante (3). En las partes 2 (escala rasgo) y 3 (subescalas expresión y control), los rangos son los siguientes: casi nunca (1), a veces (2) y muchas veces (3). La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de los ítems que integran las sub-escalas (véase anexo 14). Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos, para obtener los percentiles de cada una de las subescalas y escalas.
- *Ficha de autorregistro diario de emociones* (véase anexo 15):
Es una técnica propuesta por Labrador (1996), teniendo por objetivo llevar a cabo un registro sistemático de la situación que se desea analizar, posibilitando recoger aquellos aspectos de la conducta y sus determinantes que parezcan más relevantes al investigador. Ha sido utilizada por Pérez (2006) y Pedraza (2009) con adolescentes hipertensos de 12 a 15 niños de edad, obteniéndose excelentes resultados. En esta ocasión, se emplea con el objetivo de profundizar en las emociones displacenteras del adolescente y las situaciones asociadas, así como las estrategias de RE desplegadas. Para ello, al menor se le ofrece una pequeña agenda, orientándole que constituye una

Capítulo 2

especie de diario donde debe escribir durante aproximadamente 15 días, de forma que refleje aquellos momentos en los que se ha sentido ansioso, triste y/o bravo, pero también alegre u otra de las emociones placenteras. Debe describir su forma de sentir, las causas con las que asocian sus emociones y lo que ha realizado para sentirse mejor (en el caso de las emociones displacenteras). Entre sus principales ventajas, constituye una técnica que evita problemas como la caída del recuerdo y la valoración impersonal del impacto de las situaciones descritas. En el momento de recogida del registro, se intercambia con el adolescente la información referida, profundizando en los aspectos que se considere necesario. Su interpretación se realiza cuantitativa y cualitativamente, teniendo en cuenta los indicadores establecidos para su análisis en la investigación (véase anexo 16).

➤ Observación.

La observación científica es una percepción atenta, racional, planificada y sistemática de los fenómenos relacionados con los objetivos investigativos, en sus condiciones naturales, con vistas a ofrecer una explicación científica de la naturaleza interna de estos. En la investigación, se empleó durante todas las sesiones, lo que permitió complementar elementos que fueron apareciendo en el desarrollo de las mismas como una vía de triangular la información ofrecida por otras técnicas.

2.3.4. Procedimiento

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica extensa, teniendo en cuenta los principales autores que abordan el tema de la RE a nivel nacional e internacional. Con posterioridad, se elaboraron los principales supuestos teóricos que sustentan la investigación, procediendo luego con la operacionalización de la RE.

Los aportes de los estudios acerca de la RE y su implicación en la hipertensión arterial esencial, unido con la escasez en nuestro territorio de instrumentos para evaluar dicho constructo en la adolescencia, condujo a la necesidad de validar dos instrumentos: la DERS-E, para adolescentes y la MARS, versión adolescente.

La DERS-E resulta imprescindible por evaluar diversos procesos implicados en las dificultades de la RE, sobre la base de su concepción como constructo multidimensional

Capítulo 2

que integra desde la conciencia y aceptación emocional, hasta el uso de estrategias y su resultado, siendo elementos centrales para la investigación.

La MARS se convierte en uno de los pocos instrumentos que actualmente evalúa un abanico amplio de estrategias de RE, aspecto relevante para su estudio, especialmente en la adolescencia donde las investigaciones son aún insuficientes.

El proceso de validación se llevó a cabo durante el año 2012, siguiéndose las directrices que deben guiarlo (Muñiz y Hambleton, 1996), actualizadas en el 2013 (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). En primer lugar, se obtuvo la autorización de los autores que elaboraron la versión de las técnicas que se deseaban validar (al menos uno de los autores, véase anexo 4 del manual de la DERS-E, para adolescentes, así como el anexo 6 del Manual de la MARS, versión adolescente). Luego, las pruebas fueron sometidas a una valoración por parte de tres especialistas en filología de la UCLV, en aras de modificar aquellos ítems que presentaran términos poco utilizados en Cuba o que su redacción no estuviera totalmente ajustada a nuestro contexto.

Como momento posterior, fueron valoradas por profesionales con conocimientos sobre la temática que se evalúa, a través de una Encuesta al Profesional aplicada de manera individual (véase anexo 3 del Manual de la DERS-E y anexo 2 del Manual de la MARS). Los criterios aportados por estos especialistas permitieron elaborar la versión preliminar de cada técnica, que fue sometida a un estudio piloto, realizándose nuevas modificaciones.

Finalmente, se procedió con la determinación de los indicadores de confiabilidad y validez. En ambas pruebas se evaluó la consistencia interna entre los ítems para determinar su confiabilidad. En relación con la validez de contenido, se tuvieron en cuenta los resultados de la Encuesta al Profesional (véase anexo 3 del Manual de la DERS-E y anexo 2 del Manual de la MARS) y sus criterios en este sentido. Relativo a la validez de constructo, se realizó el análisis de la estructura factorial. También se aplicaron medidas concurrentes, cuyos resultados avalan la validez de criterio de cada técnica: en el caso de la DERS-E, versión adolescente, se aplicó de conjunto con el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), que evalúa la depresión infantil; mientras que la MARS, versión adolescente, fue aplicada junto al IDAREN, el STAXI-II N/A y el CDI.

Capítulo 2

Otros datos sobre el proceso de validación y sus procedimientos, pueden consultarse en los Manuales elaborados para cada instrumento (véase anexos correspondientes).

Para el resto de las tareas científicas se procedió de la forma siguiente. El estudio de los adolescentes hipertensos tuvo lugar durante el año 2013. En todo su desarrollo se mantuvo estrecho vínculo con el personal médico que atiende a los pacientes de la provincia de Villa Clara, en el Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”.

Como primer momento, se entrevistó al especialista en Cardiología que se encuentra al frente de este servicio en la institución, para conocer la organización de la atención que se brinda (frecuencias, días y tipos de consultas, entre otros elementos). Luego, se concilió nuestra vinculación con la consulta de Cardiología durante un año aproximadamente. Se mantuvieron encuentros sistemáticos con el personal médico especializado, realizando entrevistas psicológicas semi-estructuradas, con el objetivo de confirmar el diagnóstico de HTA esencial en cada adolescente, así como conocer otros datos de interés para la investigación (véase anexo 17). Con objetivos similares, se llevó a cabo la revisión de la Historia Clínica (revisión de documento oficial).

De este modo, fueron seleccionados los adolescentes hipertensos esenciales objeto de la investigación, obteniéndose el consentimiento de la familia y el paciente para participar en la misma (véase anexo 1). Paralelamente, se seleccionaron los adolescentes normotensos que integraron el grupo testigo, teniendo en cuenta que presentaran características sociodemográficas similares a las del grupo de estudio.

Se llevaron a cabo 4 sesiones de trabajo con cada adolescente y su familia, con los cuales se logró establecer una relación empática. Los encuentros que tuvieron lugar en las consultas del Hospital, así como las entrevistas desarrolladas en las escuelas, contaron con adecuada iluminación, ventilación y privacidad, garantizando resultados fiables. La duración de las sesiones estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada adolescente, aunque nunca excedió los 60 minutos, siendo organizadas de la manera siguiente:

1era Sesión:

- ❖ Entrevista psicológica al adolescente.
- ❖ Entrevista psicológica a la familia.
- ❖ Se orienta Ficha de autorregistro diario de emociones.

2da Sesión:

- ❖ Entrevista psicológica al adolescente.
- ❖ Entrevista psicológica al maestro.
- ❖ DERS-E, para adolescentes.
- ❖ IDAREN.

3era Sesión:

- ❖ Entrevista psicológica al adolescente.
- ❖ Entrevista psicológica a la familia.
- ❖ MARS, versión adolescente.
- ❖ IDEREN.

4ta Sesión:

- ❖ STAXI – II N/A.
- ❖ Se recoge la Ficha de autorregistro diario emociones y se intercambia con el adolescente al respecto.
- ❖ Cierre con el adolescente y su familia.

Las pruebas psicológicas aplicadas a los adolescentes normotensos que conformaron el grupo testigo, coinciden con las aplicadas a los adolescentes hipertensos, excepto las entrevistas, que fueron dos con estos menores y una con su familia, realizándose todas en tres sesiones de trabajo.

Una vez concluida la aplicación de estas pruebas psicológicas, se efectuó su calificación, evaluación e interpretación, según los criterios establecidos para cada una.

2.2.5. Análisis de los datos.

El análisis de la confiabilidad y validez de los instrumentos adaptados se llevó a cabo mediante pruebas estadísticas como las siguientes: la prueba exacta de Fisher, pretendiendo demostrar la no existencia de diferencia significativa entre variables generales; el alpha de Cronbach, para analizar la confiabilidad de las dimensiones o factores hallados; el Análisis Factorial Exploratorio (rotación Varimax), para la validez de constructo, entre otras que pueden encontrarse en los Manuales de cada instrumento (véase anexo correspondiente).

Capítulo 2

Para otros análisis se emplearon diversas pruebas estadísticas, según el resto de las tareas científicas planteadas, tal y como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Análisis estadístico: pruebas, objetivos e hipótesis estadísticas.

Tarea Científica	Análisis Estadístico		
	Prueba Estadística	Objetivo	Hipótesis Estadística
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de las emociones displacenteras. • Identificación de las particularidades de los indicadores de la RE en los adolescentes hipertensos estudiados, al ser comparados con adolescentes normotensos. 	Prueba no paramétrica U de Mann Whitney.	Establecer comparaciones entre hipertensos y normotensos.	<p>H₀: No existen diferencias significativas en cuanto a los indicadores de la RE de los adolescentes hipertensos y los normotensos.</p> <p>H₁: Existen diferencias significativas en cuanto a los indicadores de la RE de los adolescentes hipertensos y los normotensos.</p>
	Chi-Cuadrado y V. de Cramer.	Conocer la fortaleza de la asociación de las diferencias entre grupos, en cada indicador analizado.	
	Coefficiente de correlación no paramétrico rho de Spearman.	Correlacionar los indicadores de la RE	<p>H₀: No existe dependencia entre los indicadores de la RE en los adolescentes hipertensos.</p> <p>H₁: Existe relación entre los indicadores de la RE en los adolescentes hipertensos.</p>
Establecer los indicadores de la regulación de emociones displacenteras más importantes para la funcionalidad del proceso.	CHAID (Chisquare Automatic Interaccion Detector), a través de los árboles de clasificación.	Establecer modelos de interacción entre los indicadores de la RE.	<p>H₀: Las variables aleatorias analizadas no constituyen predictores que influyan sobre los resultados obtenidos dentro de cada grupo.</p> <p>H₁: Las variables aleatorias analizadas constituyen predictores que influyen sobre los resultados obtenidos dentro de cada grupo.</p>
	Método de formación de conglomerados (clusters).	Agrupar los adolescentes hipertensos, según características de indicadores de la RE.	<p>H₀: Los adolescentes hipertensos no se agrupan, de acuerdo al comportamiento de los indicadores de la RE.</p> <p>H₁: Los adolescentes hipertensos se agrupan, de acuerdo al comportamiento de los indicadores de la RE.</p>

Fuente: elaboración personal.

Capítulo 2

Se utilizaron tablas de contingencia para la descripción de los datos. Todos los cálculos se efectuaron con ayuda del paquete estadístico SPSS. Como criterio para establecer diferencias significativas, se asumieron valores de $p < 0,05$.

Los datos cuantitativos también fueron interpretados de manera cualitativa, teniendo en cuenta los indicadores establecidos en las diversas técnicas psicológicas, realizándose el análisis de contenido en el caso de las entrevistas y la Ficha de autorregistro.

2.3. Segunda etapa: enfoque predominantemente cualitativo.

El método fundamental que se lleva a cabo es el estudio de casos, siendo adecuado para investigar fenómenos en profundidad, abarcando la consideración de condiciones contextuales importantes para su comprensión (Yin, 2009). Por tanto, resulta apropiado para el estudio de la RE en los adolescentes hipertensos, desde su concepción holística, complementando la perspectiva cuantitativa de la investigación.

Se empleó el estudio de casos múltiples, donde se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea describir o explicar (Hernández- Sampieri et al., 2006; Rodríguez, Gil y García, 2004; Yin, 2009). De esta forma, se toma como unidad de análisis principal los adolescentes hipertensos, haciendo su selección de manera propositiva (Yin, 2009), tomando en cuenta criterios señalados por Rodríguez y cols. (2004) en sus trabajos.

En primer lugar, se consideró la variedad, de modo que se tuvieran casos donde la RE se manifestara de diversas maneras. Este criterio se relaciona con el principio del equilibrio, que supone una elección de los casos de forma que se compensen las características de unos y otros (Rodríguez et al., 2004).

Por tanto, la selección se realiza en función de la gama de posibilidades que ofrece la manifestación de la RE en los adolescentes hipertensos, pudiéndose contar con casos extremos e intermedios que se revelan críticos (Yin, 2009) para valorar dichos resultados desde una perspectiva holística. De esta manera, se tuvo en cuenta la posibilidad que brindan estos casos para aprender lo más posible sobre la RE y su funcionalidad; es decir, las posibilidades de aprendizaje que ofrecen (Stake, 1999).

Se seleccionaron 10 casos, cuyas características desde el punto de vista de las variables sociodemográficas se muestran en el anexo 18. En este sentido, la determinación de la

Capítulo 2

cantidad se vincula con aquella recomendación que realizan varios autores (Hernández-Sampieri et al., 2006; Yin, 2009), planteando que cuando los temas y áreas en los cuales el investigador está interesado se “saturan”, significando que no se encuentran nuevos datos en los casos adicionales, no se deberían adicionar más casos deteniéndose el proceso de recolección de información.

Pruebas psicológicas empleadas

Las pruebas psicológicas fueron aplicadas según los intereses investigativos, en función del cumplimiento de los objetivos del trabajo, así como en dependencia de las características de los adolescentes hipertensos. La información obtenida a través de las pruebas psicológicas correspondientes con la etapa predominantemente cuantitativa, también fue utilizada en el estudio de casos. Se combinó la entrevista en profundidad con técnicas escritas, considerando que gran parte de los menores se muestran poco comunicativos y expresivos, resultado que fue identificándose desde los primeros intercambios con el adolescente y su familia.

Se utilizaron las pruebas psicológicas siguientes:

- Entrevista psicológica en profundidad.
- Escala de autovaloración para adolescentes (EAA, versión 1.0).
- Inventario de Problemas Juveniles (IPJ).
- Completamiento de frases.
- Técnica de los 10 deseos.

Descripción de las pruebas psicológicas empleadas:

➤ *Entrevista psicológica en profundidad:*

Constituye “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor & Bodgan, 1992, p. 101). El entrevistador desea obtener información sobre determinado problema, estableciendo una lista de temas o una guía general de contenido o temas, poseyendo toda la flexibilidad para manejarla (Hernández-Sampieri et al., 2006; Rodríguez et al., 2004). Aunque son abiertas y sin

Capítulo 2

categorías preestablecidas por lo general, en la investigación se siguieron temas que guiaran la obtención de la información:

- Características de los contextos familiares, escolares y de relación con coetáneos e influencia de estos contextos en la RE del adolescente hipertenso.
- Características de personalidad en formación del adolescente hipertenso.
- Impacto emocional de la enfermedad en el adolescente hipertenso.
- Presencia de ansiedad, tristeza e ira en el adolescente hipertenso; causas y manifestaciones (fisiológicas, cognitivas y motoras). Su comprensión por parte del menor.
- Tipos de estrategias de RE desplegadas por el adolescente hipertenso para regular sus emociones displacenteras.

➤ *Escala de Autovaloración para adolescentes (EAA, versión 1.0):*

Se utiliza con el objetivo de indagar en la autovaloración, en aquellas esferas o áreas más relacionadas con su inadecuación (subvaloración) y la posible relación de estas con la RE del adolescente hipertenso. Es una prueba creada por investigadores de la UCLV. Ha sido sometida a la validez de expertos (Novoa, 2011), determinándose posteriormente su confiabilidad y validez de constructo para la población de adolescentes villaclareños (Ruíz, 2013). Los resultados obtenidos muestran un alpha de Cronbach para la escala total con un valor de ,781, oscilando entre ,488 y ,736 para los factores hallados, siendo en todos los casos aceptable. Contiene una escala Likert, contando con 45 ítems que responden a las 5 dimensiones siguientes: apariencia física, familiar, académica, social y global (véase anexo 19). Para su calificación se otorga un puntaje de acuerdo con las opciones de respuesta, que van desde casi nunca (1 punto) hasta siempre (5 puntos) en determinados ítems, pero de manera inversa en otros, como se muestra en el anexo 19. De este modo, cada dimensión obtiene un puntaje total de la sumatoria de los ítems que lo componen. Las puntuaciones directas de cada dimensión se interpretan según los percentiles hallados (véase anexo 20).

➤ *Inventario de Problemas Juveniles (IPJ):*

Es una técnica conformada por una serie de proposiciones que permiten obtener información acerca de las problemáticas fundamentales que presenta el adolescente

Capítulo 2

hipertenso en las áreas familiar, escolar, personal, de salud y de relaciones (véase anexo 21). Tiene como objetivo indagar en las dificultades del menor relacionadas con dichas áreas, interpretándose cualitativamente sus posibles implicaciones para el desarrollo y expresión de la RE en el adolescente hipertenso.

➤ *Completamiento de frases:*

Se aplicó una variante del completamiento de frases basada en la propuesta de Peña (2005). El instrumento tiene por objetivo indagar en la autovaloración académica y global de los educandos, así como otros aspectos de interés vinculados con el contexto escolar. Consta de 36 frases (véase anexo 22) que incluyen proposiciones directas y de abierta implicación, así como proposiciones más indirectas e impersonales. Aunque fue originalmente construido para adolescentes de 10mo grado (de aproximadamente 15 años de edad), fue utilizado por Rojas (2013) con 306 adolescentes de secundaria básica, con resultados satisfactorios, siendo comprendida por la totalidad de estos. Es un completamiento de frases directamente vinculado con el área escolar, eligiéndose esta variante teniendo en cuenta el impacto del ámbito escolar en la vida emocional de los adolescentes hipertensos estudiados, especialmente los exámenes y la ansiedad que les generan. Además, esta versión explora aspectos relevantes para la investigación por su relación con la regulación emocional, tales como la adopción de metas y el autocontrol ante situaciones diversas. La técnica se califica cualitativamente de acuerdo con los indicadores establecidos por Peña (2005) y sus frases correspondientes (véase anexo 23).

➤ *Técnica de los 10 deseos:*

Es una técnica que tiene sus antecedentes en el Método Directo e Indirecto de González (1978), la cual puede ser utilizada en los niños y adolescentes. Tiene como objetivo indagar en los principales deseos y necesidades del adolescente hipertenso, posibilitando valorar su relación con la vida emocional del menor. La interpretación se realiza de forma cualitativa, especificando el vínculo de los deseos con los conflictos y situaciones generadoras de emociones displacenteras en los pacientes.

De acuerdo con los procedimientos seguidos, como primer momento en la realización del estudio de casos se obtuvo el consentimiento informado de la familia y el adolescente

Capítulo 2

hipertenso, para llevar a cabo las sesiones de trabajo correspondientes. Se les explicaron los pasos a seguir, fundamentalmente las interacciones más frecuentes en relación al resto de los pacientes. No hubo dificultades en este sentido, pues tanto la familia como los adolescentes se mostraron abiertos y receptivos, cooperando en los diversos intercambios. La única objeción se vinculó con el tema de las ausencias en la escuela, de modo que las sesiones de trabajo se hicieron coincidir con las consultas médicas, semanales o quincenales.

Los encuentros se desarrollaron en locales con total privacidad y condiciones óptimas de iluminación, pertenecientes a las consultas de Cardiología, Psicología y Psiquiatría, del Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Villa Clara.

La cantidad de sesiones estuvo en correspondencia con los temas abordados y la manera en que se fueron completando, elemento que difirió de un paciente a otro, sobre la base de las características individuales del menor y la propia relación investigadora-adolescente. Esta cantidad osciló entre 4 y 5 sesiones, realizándose con el adolescente hipertenso principalmente, pero se alternaron con entrevistas a los padres u otros familiares. Nunca excedieron los 90 minutos.

Para la interpretación de la información obtenida a través de las diversas pruebas psicológicas, se utilizó el análisis de contenido. A partir de la transcripción de los datos se siguieron los pasos descritos por Rodríguez y cols. (2004) y Hernández-Sampieri y cols. (2006), integrándolos con las recomendaciones que Martínez (2006) plantea para el análisis inductivo de los datos cualitativos:

- Lectura y relectura minuciosa de las transcripciones y notas de campo, elaboración de las predicciones.
- Establecimiento de las unidades de análisis.
- Establecimiento y definición de las categorías y subcategorías de sentidos.
- Codificación, elaboración de inferencias e interpretación de la información.

De modo que se requiere la constante comparación de los códigos y categorías que emergen, con los subsecuentes datos recolectados y los conceptos sugeridos por la literatura, estableciéndose relaciones entre dichas categorías (Martínez, 2006).

Capítulo 2

Como estrategia fundamental se utilizó la triangulación (de fuentes, de técnicas y de datos), tanto para la recogida como el análisis de la información.

Consideraciones éticas.

Durante el proceso investigativo se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica. Inicialmente, se obtuvo la aprobación institucional para la realización del proyecto. Durante su ejecución, se le brindó al participante toda la información necesaria sobre el mismo, obteniendo su consentimiento informado para cada una de las etapas.

CAPÍTULO 3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se presentan han sido organizados de acuerdo con las tareas científicas de las etapas de la investigación.

3.1. Adaptación cubana de instrumentos para evaluar la RE en los adolescentes hipertensos.

Como uno de los primeros momentos durante el proceso de validación, las pruebas fueron analizadas por especialistas en Filología, contextualizándose de acuerdo al lenguaje utilizado en nuestro medio. Posteriormente, la evaluación del juicio de profesionales aportó criterios favorables sobre ambos instrumentos. En relación con la DERS-E, se destacó su ajuste a la etapa adolescente por el lenguaje sencillo que emplea, así como su utilidad práctica. No hubo sugerencias de modificar algún ítem, manteniéndose su estructura original.

En el caso de la MARS, el proceso de su construcción abreviada requirió dos encuentros con los profesionales para ajustarla al periodo adolescente. En el primer momento, se recogieron sugerencias sobre cómo realizar la adaptación para dicho periodo; en el segundo, se valoró la versión abreviada de la prueba.

A partir de los resultados anteriores, los instrumentos fueron sometidos a sus respectivos estudios piloto con 30 adolescentes. Luego se procedió con la determinación de los indicadores de confiabilidad y validez.

Durante el proceso de validación de la DERS-E y teniendo en cuenta su consistencia interna, se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,857 que puede calificarse como altamente satisfactorio.

En relación con su validez, las respuestas de los profesionales brindadas a las preguntas dos y cuatro de la Encuesta al Profesional (véase anexo 3 del Manual correspondiente) reflejaron una adecuada evaluación de su validez de contenido. Sobre el grado o nivel con que cada ítem tributa al constructo general “desregulación emocional” (dificultades en la regulación emocional) que pretende evaluar la técnica, se obtuvo una suma de criterios elevada, ya que el 100 % (13) de los profesionales consideró que todos los ítems se

Capítulo 3

corresponden completamente con dicho constructo; también en la pregunta 4 el 100 % reflejó que los ítems de la escala son suficientes para evaluar el mismo.

La validez de criterio se dificultó, por no existir en nuestro medio técnicas psicológicas relacionadas con la RE o sus dificultades en los adolescentes, según las investigaciones revisadas. No obstante, se evaluó la validez de criterio convergente entre la DERS-E, para adolescentes y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), este último como instrumento que evalúa la depresión. La correlación positiva y bastante marcada que mostraron las puntuaciones de ambas pruebas, demostró que las dificultades en la RE presentan implicación en los niveles de la sintomatología depresiva de los adolescentes estudiados, pudiendo constituir un importante predictor en este sentido.

Para comprobar la validez de constructo se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (rotación Varimax), de forma similar a la investigación de Marín y cols. (2012). En una rotación inicial todos los ítems alcanzaron valores iguales o superiores a 0,5, excepto el ítem: “siento que soy débil”, que solo alcanzó un valor de 0,357. La redacción general del mismo lo vincula con constructos como la autovaloración y la autoestima, sin referirse necesariamente a dificultades en el proceso de regulación emocional.

Por tanto, se decidió eliminarlo y emprender un nuevo Análisis Factorial Exploratorio (rotación Varimax). Los resultados volvieron a ser favorables, ya que todos los ítems obtuvieron saturaciones muy cercanas, iguales, o superiores a 0,5, por lo que la eliminación del ítem “siento que soy débil” no afectó el contenido global de la DERS-E.

Los hallazgos del análisis factorial avalaron la existencia de una estructura multifactorial del instrumento, con cinco factores o subescalas. Las dos primeras explican aproximadamente un 36 % de la varianza y, en conjunto, las cinco explican más de un 50 % (véase tabla 9, anexo 24).

La DERS-E, para adolescentes replicó elementos esenciales de la estructura multidimensional, de manera similar con otros estudios (Gratz & Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008; Marín et al., 2012). Se decidió nombrar las subescalas de acuerdo al contenido de sus ítems y considerando las nomenclaturas de las versiones anteriores: subescala “desatención” (falta de conciencia y comprensión emocional); subescala “confusión” (falta de claridad emocional); subescala “rechazo” (no aceptación de

Capítulo 3

respuestas emocionales); subescala “estrategias” (acceso limitado a estrategias de regulación emocional) y subescala “metas” (dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas). Su descripción puede encontrarse en el manual de la prueba (véase anexo correspondiente), en la página 4.

En el caso de la MARS, versión adolescente, también mostró adecuada consistencia interna, obteniéndose un alpha de Cronbach que osciló entre 0,827 y 0,937 para cada uno de los factores encontrados.

Por otro lado, las respuestas de los profesionales a la pregunta tres de la Encuesta al Profesional (véase anexo 2 del Manual correspondiente) reflejaron una adecuada evaluación de su validez de contenido, ya que la mayoría de los ítems fueron evaluados satisfactoriamente, de acuerdo a su correspondencia con el tipo de estrategias para el cual fueron elaborados.

En cuanto a la validez de constructo, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (rotación Varimax). En una rotación inicial, todos los ítems alcanzaron valores iguales o superiores a 0,6. Los resultados del análisis factorial avalaron una estructura multifactorial con cinco factores. El primero explica aproximadamente un 43,8 % de la varianza y, en conjunto, los cinco explican más de un 80 % (véase tabla 10, anexo 25).

La agrupación de las estrategias en los diferentes factores respondió a indicadores comunes, vinculados con su adaptabilidad, incluyendo el carácter aproximativo o evitativo que presentan; igualmente, se apreció que en cada uno de estos las estrategias se centran en la situación o la emoción generalmente. Dichos factores fueron nombrados de la manera siguiente: factor 1 “evitativo y rígido”; factor 2 “expresión y distracción”; factor 3 “de apoyo y auto-modificación”; factor 4 “descarga y fisiológico pasivo” y factor 5 “directo y aproximativo”. Una descripción de todos ellos y de las estrategias que contemplan puede encontrarse en el manual de la prueba, en las páginas de las 4 a la 8.

Respecto a la validez de criterio, se halló una asociación importante entre los diversos factores de la prueba con los estados emocionales evaluados (ansiedad, depresión e ira). Los factores que más correlacionaron positivamente fueron el 1 y el 4, mostrando su carácter principalmente inadaptativo. Los factores 2, 3 y 5 correlacionaron negativamente, corroborando su tendencia adaptativa en la muestra estudiada (véase tabla 11, anexo 26).

Otros resultados del proceso de validación pueden ser consultados en los Manuales que han sido elaborados para cada instrumento, producto de su adaptación para la población de Villa Clara (véase anexos correspondientes). De este modo, se concluyó dicho proceso posibilitando su incorporación al sistema de pruebas psicológicas utilizadas en la investigación.

3.2. Caracterización de las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos.

De las tres emociones displacenteras evaluadas, la ansiedad mostró mayores niveles según las pruebas aplicadas, coincidiendo con las investigaciones anteriores realizadas en el territorio (Balsa, 2012b; Padilla, 2008; Pedraza, 2009, Pérez y Guerra, 2014a). Por su parte, el número de adolescentes hipertensos con niveles medios y altos fue mayor en el caso de la tristeza, al compararla con la ira (véase el gráfico 1, donde se muestra la cantidad de pacientes que presentaron niveles altos y medios de cada emoción).

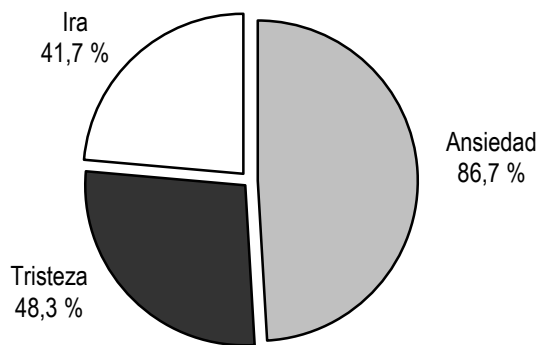


Gráfico 1. Emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos.

Fuente: IDAREN, IDEREN y STAXI.

En el caso de la ansiedad, los valores obtenidos por los pacientes en el IDAREN mostraron una tendencia hacia las puntuaciones medias, pero cercanas al extremo superior. Mientras, en cuanto a la tristeza y la ira la tendencia fue hacia las puntuaciones medias, según el IDEREN y el STAXI-II N/A (véase tablas 12, 13 y 14, en los anexos 27, 28 y 29 respectivamente).

En correspondencia con estos niveles, en 43 pacientes (71,7 %) las emociones displacenteras afectaron las actividades, relaciones y en general, la realización de sus

Capítulo 3

diversas metas, al menos de forma parcial: (refiriéndose a las emociones displacenteras) “...me hace sentir mal y me descontrola”, “...es un problema en mi vida”; “...no me concentro en nada”; “...me bloqueo, una vez hasta me tuvieron que cambiar la prueba, me quedé en blanco y me subió la presión”; “...ni en la computadora me entretengo, me pongo muy mal...”; “...con las pruebas, es cuando único, lo demás lo controlo, pero con las pruebas no puedo, hasta me sube la presión” (entrevista al adolescente y Ficha de autorregistro).

(Una parte del análisis de contenido de las entrevistas psicológicas realizadas a los adolescentes hipertensos, aparece en la tabla 15, anexo 30).

Los valores que presentaron las subescalas “estrategias” y “metas” de las DERS-E confirmaron los resultados anteriores, así como las diferencias entre los adolescentes hipertensos y normotensos en este sentido (véase gráfico 2), siendo significativas ($p=,000$, véase tabla 16, anexo 31).

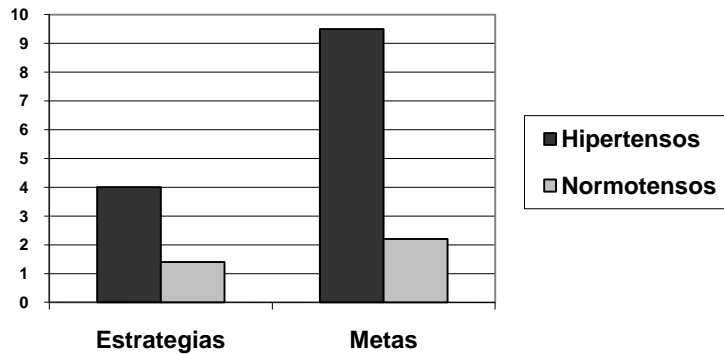


Gráfico 2. Puntuaciones promedio de adolescentes hipertensos y normotensos, de las subescalas “estrategias” y “metas” en la DERS-E.

Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Según los valores de estas subescalas, los adolescentes hipertensos reportaron mayor persistencia e intensidad de sus emociones displacenteras, que les genera situaciones de impulsividad y descontrol emocional afectando sus tareas cotidianas (subescala “metas”), sobre la base del acceso limitado a estrategias de RE (subescala “estrategias”).

Considerando las características que presentaron las emociones displacenteras en los adolescentes hipertensos, principalmente su incidencia en el ajuste personal y social, puede comprenderse la afectación en su bienestar emocional. A pesar de la presencia de

Capítulo 3

emociones placenteras, se constató dicha afectación en un 71,7 % de los pacientes, según los datos de la Ficha de autorregistro, entrevistas (véase tabla 15, anexo 30), la observación, entre otras técnicas: "...me considero contento solo a veces"; "...hay muchos días en que me siento mal, no puedo concentrarme en lo que hago; "...a veces contento, pero otras no" (entrevista al adolescente).

De las tres emociones, la ansiedad fue la que más impacto presentó, lo cual se corroboró mediante la correlación mayor que mostró con la DERS total y la subescala "metas", relacionada con las dificultades en el comportamiento guiado hacia metas (véase tabla 17, anexo 32). De esta manera, la ansiedad se presentó como una emoción importante en el estudio de los adolescentes hipertensos.

Los niveles altos y medios de las tres emociones evaluadas distinguieron los adolescentes hipertensos de sus coetáneos normotensos, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (véase tablas 12, 13 y 14 en los anexos 27, 28 y 29, respectivamente). Aunque la significación fue similar para las tres emociones ($p=,000$), las diferencias mayores se mostraron en cuanto a la ansiedad, donde su rango promedio en los hipertensos duplicó al de los normotensos (véase gráfico 3).

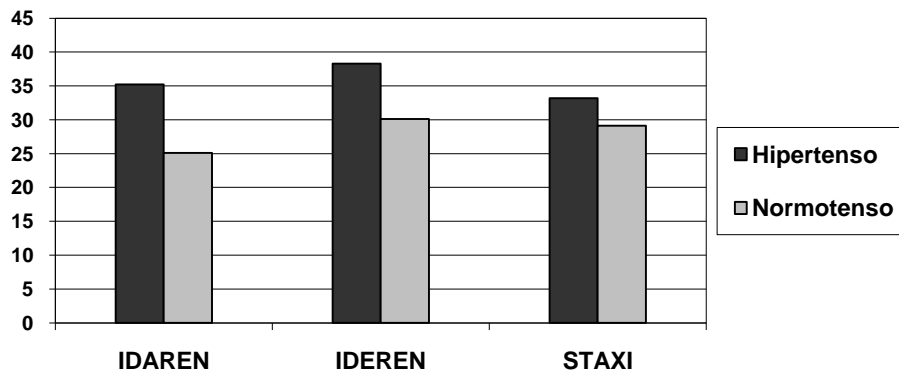


Gráfico 3. Resultados de las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación de la ansiedad, la depresión y la ira.

Fuente: IDAREN, IDEREN, STAXI.

En cuanto a las manifestaciones de las emociones displacenteras, estas involucraron los tres sistemas de respuesta, pero de manera distinta en cada emoción. En relación con la ansiedad, se apreció una mayor implicación del componente fisiológico con tres

Capítulo 3

manifestaciones como mínimo, en el 100 % de los pacientes con niveles medios y altos de esta emoción; luego, el cognitivo y, en menor medida, el motor conductual. En el orden fisiológico, se constató hiperhidrosis, cambio de coloración, aumento del apetito o deseo de comer, cefalea, subida de la presión arterial (constatada en el hogar o centro médico más cercano), aumento de la frecuencia cardíaca, trastornos del sueño y salto epigástrico.

En el nivel cognitivo, la ansiedad se manifestó a través de preocupaciones que se repiten una y otra vez en la mente del adolescente, además de ideas continuas que anticipan el fracaso o están centradas en una valoración negativa de sí mismo, desconcentración, dificultades mnésicas y bajo rendimiento o desempeño en actividades intelectuales, fundamentalmente ante exámenes. En el nivel motor se evidenció la intranquilidad y la onnicofagia.

La discordancia encontrada entre los tres sistemas de respuesta de la ansiedad evidenció tensiones entre estos, pudiendo presentar implicaciones importantes para la salud de los adolescentes estudiados, teniendo en cuenta las manifestaciones del sistema cardiovascular. Es un resultado que pudiera estar relacionado con el fenómeno del fraccionamiento de la respuesta emocional, descrito por Lang (1978) y encontrado de manera similar por Molerio (2004) en pacientes hipertensos adultos, donde la activación del sistema fisiológico y el cognitivo fue mayor.

En la tristeza y la ira se halló con menos frecuencia la desincronía entre las manifestaciones en comparación con la ansiedad, según se profundizó en las entrevistas (véase tabla 15, anexo 30). Lo anterior pudiera vincularse con el tipo de estrategias que se utilizan para regular cada una de estas emociones.

También resulta necesario destacar la menor implicación del sistema cardiovascular en las manifestaciones de la tristeza y la ira: en el caso de la tristeza, no se constataron las vinculadas con dicho sistema, siendo más frecuentes la fatiga, los trastornos del sueño y la disminución del apetito; mientras, en la ira se encontró la cefalea y el enrojecimiento en mayor medida, apreciándose el incremento de la presión arterial durante episodios de ira en solo seis de los pacientes (10 %).

Capítulo 3

El análisis de las causas asociadas con las tres emociones arrojó el contexto escolar como el de mayor impacto (véase gráfico 4), específicamente la situación de examen u otras actividades evaluativas. Estas constituyeron la principal causa de la ansiedad en un 91,7 % (55) de los adolescentes hipertensos: "...me pongo muy nervioso con las pruebas"; "...lo más malo de la escuela son las pruebas, me pongo muy nerviosa y me sudan las manos" (entrevista al adolescente); "...lo que más ansiedad le da son las pruebas" (entrevista a la familia).

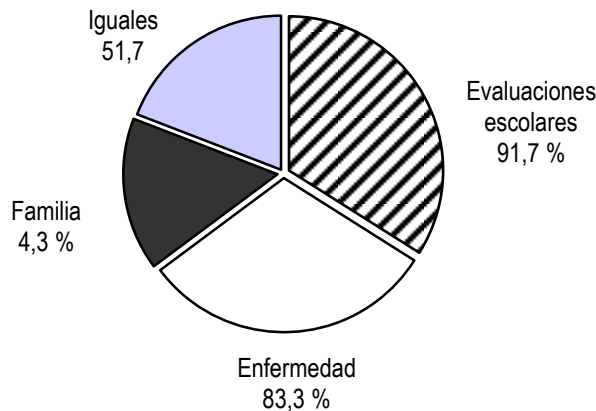


Gráfico 4. Causas externas de las emociones displacenteras.

Fuente: pruebas psicológicas.

La ansiedad ante los exámenes ha sido estudiada por varios autores, atribuyéndole diferentes causas (Ávila-Toscano, Hoyos, González y Cabrales, 2011; García-Fernández et al., 2011; Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez-Rosas y Martínez, 2012); no obstante, este fenómeno se vinculó en los adolescentes hipertensos con los procesos valorativos inadecuados que se hallaron en ellos, sobre la base de sus características de personalidad en formación, como se analizará más adelante.

La segunda causa más importante de las emociones displacenteras, presente en 50 de los adolescentes hipertensos (83,3 %), se relacionó con la enfermedad hipertensiva y las consultas médicas a partir de su diagnóstico, coincidiendo con investigaciones anteriores (Pedraza et al., 2011; Pérez, 2006). Las situaciones de evaluación médica y los cambios que deben asumir los pacientes en su estilo de vida, fundamentalmente la prohibición de

Capítulo 3

algunos tipos de comidas ricas en carbohidratos y grasa, generan gran malestar y preocupación. De modo que la enfermedad se vio asociada con las tres emociones evaluadas: "...ansiedad y genio...no poder comer lo que quiero" (Ficha de autorregistro); "...lo que más nervioso me pone es cuando tengo que venir al hospital"; "...mi mayor tristeza hoy por hoy es estar enfermo" (entrevista al adolescente); "...desde que lo diagnosticaron como hipertenso habla mucho de eso, tiene miedo que le pase algo" (entrevista a la familia).

Otras causas externas se asociaron con el contexto de las relaciones con los iguales, donde resaltaron las burlas y sobrenombres que le son expresados a los pacientes, vinculándose con características físicas como la obesidad (25 de ellos son sobrepesos u obesos, para un 41,7 %); el color de la piel (en 13 adolescentes es negro, para un 21,7 %), la estatura, así como con las escasas habilidades que poseen para las actividades docentes y deportivas. Son situaciones que se relacionaron con las tres emociones displacenteras.

Se evidenció el mayor impacto de las características físicas, especialmente relacionadas con la obesidad o sobrepeso referidos, la cual ha estado presente desde la infancia en 21 de los pacientes donde se constató. Por tanto, constituye un elemento que se encuentra repercutiendo en su autoimagen, influyendo en su mayor atribución personal respecto al significado del resto de las causas expuestas.

En relación con la familia, los aspectos que más incidieron fueron los regaños al adolescente y situaciones de conflictos entre los padres (11 pacientes, 18,3 %), así como la ausencia de uno de los padres o familiar cercano (por divorcio, misiones o salidas al extranjero), estando presentes en 21 pacientes (35 %), principalmente en relación con la ansiedad y la tristeza.

De acuerdo con las causas de origen interno vinculadas con las emociones displacenteras (especialmente la ansiedad), se destacó la ansiedad como característica de personalidad en formación. Al analizar el IDAREN en su escala rasgo se encontró que 42 pacientes (70 %) obtuvieron niveles medios y altos (véase tabla 12, anexo 27).

Por tanto, se constató en ellos una tendencia hacia evaluar como amenazantes gran cantidad de experiencias, apreciándose una falta de correspondencia entre estas y la

Capítulo 3

connotación negativa que se les está asignando. De este modo, la ansiedad se vinculó con amenazas que resultan inciertas en ocasiones, sobre la base de esta tendencia a reaccionar de forma ansiosa con cierta independencia de la situación.

Fue evidente que los pacientes se enfrentan con situaciones donde han tenido resultados previos positivos (por ejemplo, los exámenes); sin embargo, se anticipan a las mismas con una evaluación y atribución de significado de manera negativa, constituyendo procesos valorativos inadecuados. El 40 % (22 pacientes) de los que presentaron ansiedad ante los exámenes obtienen buenos resultados académicos; no obstante, vivencian anticipadamente manifestaciones ansiosas, evidenciándose una de las características distintivas de esta emoción (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1994). Si bien su naturaleza anticipatoria le confiere capacidad adaptativa a la ansiedad, cuando se anticipa a peligros pequeños, infundados o irreales de forma desproporcionada, se convierte en desadaptativa como sucede en estos menores.

Lo anterior no se presentó de igual manera en los adolescentes normotensos, evidenciándose en ellos una atribución de significados distinta ante las diversas situaciones que enfrentan como parte de su SSD: "...cuando tengo un examen sí me pongo nervioso, pero voy, lo hago y ya...uno se pone nervioso, pero normal, ese día es locura...no, las pruebas no son un problema para mí"; "...tengo mis problemas...no soporto que me estén diciendo lo que tengo que hacer, me cae mal cuando los infantilones del aula empiezan con sus pesadeces...pero no es algo que me quite el sueño...no se puede coger mucha lucha con las cosas porque si no te vuelves loca"; "...el día de prueba...lo único que pienso es que quiero que pase rápido, a veces me sudan las manos, pero más nada, lo importante es que no desapruébo" (entrevista al adolescente).

Evidentemente, pueden existir muchos factores interrelacionados condicionando esta atribución distinta de significados en unos u otros adolescentes, pero se destaca la ansiedad como característica de personalidad en formación, distinguiéndose los adolescentes hipertensos por mayores valores en este sentido, según el IDAREN en su escala rasgo y los datos aportados por las entrevistas, fundamentalmente. Solamente ocho normotensos presentaron esta ansiedad (véase tabla 12, anexo 27), diferenciándose ambos grupos de manera significativa ($p=0,002$).

3.3. *Identificación de las particularidades de la comprensión emocional y las estrategias de regulación emocional en los adolescentes hipertensos estudiados, al ser comparados con adolescentes normotensos.*

Indicador de la RE: comprensión emocional.

En el 80 % (48) de los adolescentes hipertensos predominaron dificultades importantes en la comprensión emocional, coincidiendo con estudios anteriores (Balsa 2012b). Los resultados de las subescalas vinculadas con la conciencia y claridad emocional de la DERS-E confirmaron lo anterior, donde los menores se ubicaron en los niveles medios y altos (véase tabla 16, anexo 31).

Por tanto, presentaron limitaciones en su capacidad para prestar atención hacia sus propios procesos emocionales y, sobre esta base, identificarlos y comprenderlos: "...a veces no sé cómo me siento"; "... me siento mal, pero muchas veces no podría decir qué me siento, porque son muchas cosas..."; "...no me concentro bien...no sé qué otra cosa" (entrevista al adolescente).

Lo anterior puede afectar su posibilidad de regular las emociones correspondientes, de acuerdo con sus valoraciones sobre el significado de las causas y cómo pueden contribuir con el logro de sus diversas metas.

En relación con las dificultades encontradas se destacaron dos elementos. En primer lugar, las características de la ansiedad que mostraron los pacientes, ya que las principales limitaciones para comprender las causas de sus emociones displacenteras se reflejaron en cuanto a esta emoción: "...me siento ansioso cuando veo la comida, cuando tengo una prueba...es que me siento así muchos días y a veces no sé ni por qué (entrevista al adolescente); "...hay veces que trato de ayudarlo, le pregunto por qué está así, que no se puede estar quieto, pero me dice que no sabe" (entrevista a la familia).

Por tanto, las experiencias que involucran la ansiedad tienen implicación para la comprensión emocional de los adolescentes hipertensos. En este sentido, la correlación entre las subescalas "desatención y "confusión" de la DERS-E y los tests que evalúan las emociones, resultó positiva y significativa en mayor medida para la ansiedad, indicando

Capítulo 3

que mientras mayores fueron los valores de esta emoción (según el IDAREN) se encontraron más dificultades en la comprensión emocional. Puede apreciarse que la correlación fue significativa y positiva también para la tristeza y la ira, aunque de forma más débil (véase tabla 17, anexo 32).

En segundo lugar, al analizar la confluencia de las emociones displacenteras evaluadas, se apreció en gran parte de los pacientes cómo se combinaron niveles altos o medios de la ansiedad, con niveles altos o medios de la tristeza o la ira. En investigaciones anteriores con adolescentes hipertensos también fueron identificadas experiencias emocionales que involucran varias emociones displacenteras (Pedraza, 2009). Constituyen reacciones emocionales complejas que pueden incidir en la comprensión emocional de los menores, elemento que ha sido enfatizado por Hervás y Vázquez (2006).

Aquellos adolescentes que usualmente reconocen sus emociones, sus causas y otros elementos relativos con su comprensión, plantearon sentirse confundidos cuando están vivenciando las emociones displacenteras, sin poder entender las razones y/o consecuencias de su malestar, elemento que se constató en la respuesta ofrecida al ítem 9 de la DERS-E (“Cuando me siento mal yo...puedo reconocer cómo me siento”). En este ítem, 42 de los pacientes (70 %) marcaron la opción “casi nunca” o algunas veces”, aún cuando en la primera parte de la escala obtuvieron puntuaciones mejores, mediante las opciones de respuesta “casi siempre” o “la mayoría de las veces”.

Igualmente, en ocasiones no lograron identificar emociones como la tristeza y/o la confundieron con la ansiedad: “...cuando estoy así me da intranquilidad, no soporto ni que me hablen, lo único que quiero es estar solo y en mi cuarto...es como nervioso...” (entrevista al adolescente). Por tanto, se apreció la incidencia de las emociones displacenteras sobre procesos cognitivos implicados en su comprensión, sobre la capacidad para percibir, identificar y analizar elementos vinculados con el proceso emocional.

Del total de pacientes estudiados, solamente en 12 de ellos (20 %) se constató una comprensión emocional adecuada, expresándose en habilidades para identificar sus emociones displacenteras, siendo capaces de reconocerlas de acuerdo con su contenido, diferenciándolas y vinculándolas con las situaciones correspondientes: “...la prueba me

puso muy ansioso”; “...me sentí triste cuando supe que ya no venía”; “...me da genio que no me deje comer lo que quiero” (Ficha de autorregistro y entrevista al adolescente). También refirieron las consecuencias que presentan para su desempeño en las diversas actividades y relaciones sociales: “...no me concentro cuando estoy así...y es difícil estudiar” (entrevista al adolescente).

Al analizar los menores normotensos, los valores obtenidos reflejaron una comprensión emocional adecuada en la mayoría de ellos (véase gráfico 5). Por tanto, las diferencias entre estos y los adolescentes hipertensos en relación con la comprensión emocional resultaron significativas ($p=0,000$), siendo mayor el rango de dificultades en los últimos (véase tabla 16, anexo 31).

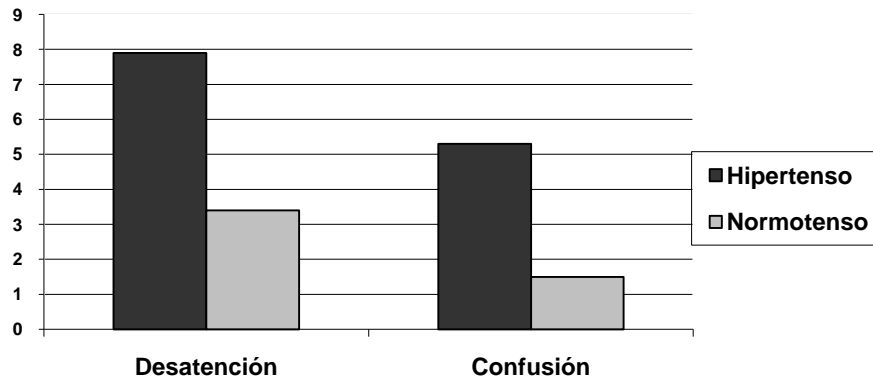


Gráfico 5. Puntuaciones promedio de las subescalas “desatención” y “confusión” emocional.

Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Indicador de la RE: estrategias.

Referente a las estrategias de RE, se observó cómo aquellas contempladas en los factores 1 y 4 de la MARS fueron las más utilizadas por los adolescentes hipertensos, siendo evitativas o de aproximación rígida, de supresión emocional e inhibición (factor 1 “evitativo y rígido”), así como de regulación fisiológica pasiva y expresión emocional intensa (factor 4 “descarga y fisiológico pasivo”).

De acuerdo con los ítems que alcanzaron mayores puntajes en cada factor de la MARS (donde los pacientes marcaron como opción de respuesta “siempre” o “casi siempre”), las estrategias que más resaltaron fueron la supresión o inhibición, la rumiación, el

Capítulo 3

aislamiento social, la expresión emocional descontrolada o intensa (descarga) y la regulación fisiológica pasiva, elemento que se corroboró con los datos de otras técnicas: "...cuando me siento mal, trato de irme a un lugar donde pueda estar solo...pienso mucho en todo"; "...me pongo muy nervioso ...pienso en lo mal que me pone el problema...pienso y pienso en cómo hacer para solucionar el problema"; "cuando estoy bravo con alguien me da por fajarme, por pelear" (entrevista al adolescente); "...no me gusta que nadie sepa cómo me siento" (Ficha de autorregistro); "...es muy reservado para sus cosas, no expresa lo que siente"; "...es de sangre caliente, todo lo resuelve fajándose" (entrevista a la familia).

Un resultado significativo en relación con lo anterior, se vinculó con el ítem 4: "tratar de no mostrar a otras personas cómo me siento". En él los adolescentes hipertensos presentaron una media superior al resto de los ítems del factor 1, pero también resultó ser la media más alta (4,28) de toda la escala. Sin embargo, en los adolescentes normotensos la media de este ítem fue de 2,89, constatándose diferencias significativas en este sentido ($p=,000$). Por tanto, aunque en la adolescencia resulta característica la utilización de los recursos cognitivos de manera radical, para negar o disfrazar las emociones (Abarca, 2003; Gullone et al., 2010), esta tendencia se comportó de manera diferente en los adolescentes hipertensos con respecto a sus coetáneos normotensos, distinguiéndose los primeros por una mayor supresión e inhibición emocional.

Por su parte, estrategias predominantemente adaptativas agrupadas en los factores 2, 3 y 5 de la MARS fueron menos frecuentes que las anteriores en los pacientes (véase tabla 18, anexo 33). Dichos factores contemplan estrategias que posibilitan el alivio, la disminución de la intensidad y duración de la emoción displacentera, generalmente de una manera adaptativa, tales como la distracción, la búsqueda de apoyo social emocional, la expresión emocional regulada y la práctica de deporte (factor 2), o que protegen y contribuyen con la modificación y la minimización del impacto de la situación, como la religión, el uso del humor y el autorreconfortarse (factor 3), o propician la aproximación cognitiva y/o conductual hacia la emoción y/o la situación relacionada (factor 5). Resultó llamativo la poca frecuencia de la distracción, siendo considerada una estrategia típica

Capítulo 3

entre los adolescentes de estas edades (González, Montoya, Casullo y Benabé, 2002; Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; Veloso et al., 2010).

El carácter desadaptativo de las estrategias evitativas, rígidas, de expresión emocional no regulada y de regulación fisiológica pasiva utilizadas por los pacientes, se constató al relacionar dichas estrategias con la escala total DERS-E y sus subescalas “estrategias” y “metas”, siendo la correlación positiva (véase tabla 6). Estas correlaciones fueron mayores con respecto al factor “evitativo y rígido”, significando su connotación para las dificultades en cuanto a la RE.

Tabla 6. Correlación entre los factores de la MARS y las dimensiones de la DERS-E.

	DERS Total	DERS Estrategias	DERS Metas
MARS 1 Evitativo y rígido	,423*	,405**	,425**
MARS 4 Descarga y fisiológico pasivo	,322*	,285*	,380*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Fuente: MARS, versión adolescente y DERS-E, versión adolescente.

El resultado evidenció que el uso de las estrategias referidas se vinculó con la sensación de persistencia de las emociones displacenteras y su intensidad (subescala “estrategias” de la DERS-E), interfiriendo en el desempeño y ajuste del menor, en su comportamiento guiado hacia metas (subescala “metas” de la DERS-E).

De manera general, en los adolescentes hipertensos se apreció el menor empleo de estrategias como la distracción y el apoyo social, que resultan útiles para modular el impacto emocional de los problemas o situaciones vinculadas con sus emociones displacenteras.

Por otro lado, las estrategias aproximativas, tanto cognitivas como conductuales, se focalizaron en la solución del problema, pero principalmente de modo cognitivo, pues se combinaron con estrategias conductuales evitativas que obstaculizan las acciones transformadoras en este sentido. También los patrones rígidos de pensamiento, tanto repetitivos en forma de rumiaciones, como utilizados para disfrazar las propias emociones

Capítulo 3

ante las demás personas, están incidiendo en una intensificación de las emociones displacenteras, especialmente la ansiedad.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, en los pacientes se apreciaron estrategias predominantemente desadaptativas, tanto aquellas centradas en los antecedentes de la emoción y/o la situación, como las focalizadas en la experiencia y expresión emocional. La utilización frecuente de la rumiación, unido con el poco uso de estrategias como la reevaluación cognitiva y la distracción, dificulta la reasignación de significados con respecto a la situación, predominando su evaluación como amenazante, además de centrarse excesivamente y de manera rígida en esta y el malestar que genera. Una vez activadas las tendencias de respuesta emocional, estrategias como la supresión, la evitación y la expresión emocional no regulada, contribuyen con la intensificación de la emoción displacentera en lugar de atenuarla.

En el gráfico siguiente se muestra la cantidad de adolescentes hipertensos y normotensos que utilizaron frecuentemente cada tipo de estrategias (según los factores de la MARS), marcando las opciones “casi siempre” y “siempre” en este sentido.

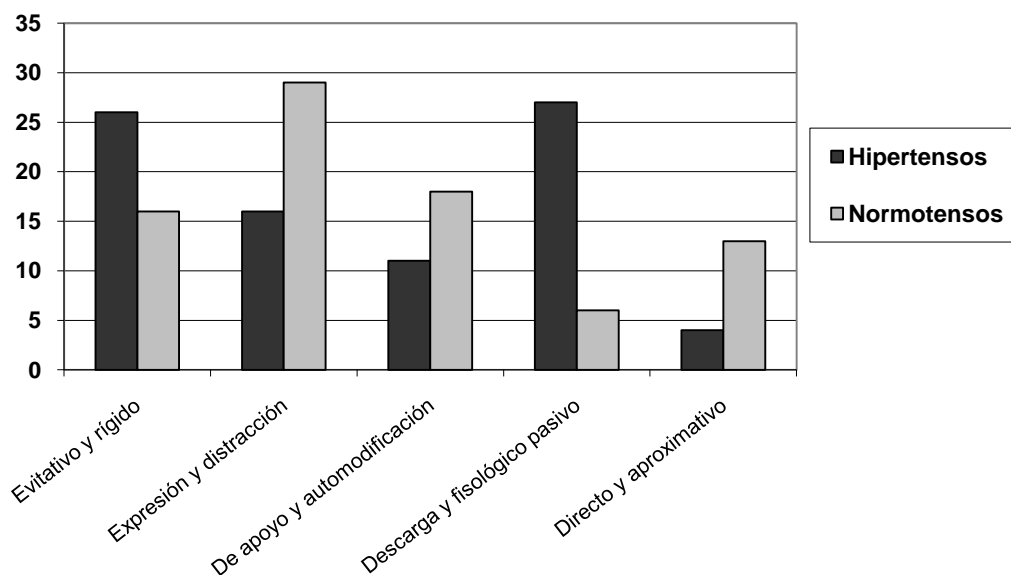


Gráfico 6. Tipos de estrategias de RE más frecuentes.

Fuente: MARS, versión adolescente.

Según estos datos, se evidenciaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a las estrategias utilizadas, de modo que los adolescentes normotensos emplearon con mayor

Capítulo 3

frecuencia aquellas comprendidas en los factores 2, 3 y 5 de la MARS. Las diferencias resultaron significativas en cuanto a todos los tipos estrategias ($p < 0,05$, véase tabla 18, anexo 33), con excepción de las agrupadas en el factor 3 de la MARS ($p=,250$).

Los elementos mostrados posibilitaron confirmar la H_1 siguiente: existen diferencias significativas en los resultados de los indicadores de la RE de los adolescentes hipertensos y los adolescentes normotensos.

Es necesario destacar que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los tipos de estrategias utilizadas, de acuerdo a las variables sociodemográficas analizadas (véase tabla 19, anexo 34), lo cual se vincula con las regularidades y tendencias psicológicas comunes presentes en los pacientes, pertenecientes a una misma etapa evolutiva (Domínguez, 2003; Kon, 1982).

Al establecer las correlaciones entre las emociones displacenteras y las estrategias agrupadas en los cinco factores de la MARS, se obtuvieron resultados importantes. Por un lado, en la medida que fueron utilizadas de forma más frecuente las estrategias contempladas en los factores 1 y 4, los pacientes presentaron mayor ansiedad, tristeza e ira. La correlación positiva más fuerte fue con el factor 1, siendo innegable su mayor impacto en el proceso de RE que despliegan los adolescentes hipertensos (véase tabla 7).

Tabla 7. Correlación entre las emociones y las estrategias agrupadas en los factores de la MARS, versión adolescente.

	MARS 1 <i>Evitativo y rígido</i>	MARS 2 <i>Expresión y distracción</i>	MARS 3 <i>De apoyo y auto-modificación</i>	MARS 4 <i>Descarga y fisiológica pasiva</i>	MARS 5 <i>Directo y aproximativo</i>
Ansiedad	,593**	-,540**	-,045	,382**	-,139*
Tristeza	,506**	,326*	-,212*	,227*	-,146*
Ira	,416**	,131*	-,057	,350**	-,217*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: MARS, versión adolescente, IDAREN, IDEREN y el STAXI.

Sin embargo, con el resto de los factores las correlaciones fueron negativas en todos los casos, constituyendo un elemento de protección dentro del proceso de RE de los adolescentes hipertensos, asociándose su uso frecuente con menores niveles de las emociones evaluadas.

Capítulo 3

De las tres emociones, la ansiedad fue la que más correlacionó con los factores 1 y 4, de modo que las estrategias agrupadas en ellos se encuentran en la base de sus niveles tan significativos en los pacientes y también pudieran incidir en la mayor desincronía de las manifestaciones encontrada en esta emoción.

Conjuntamente, la ansiedad mostró igual fortaleza de asociación con las estrategias agrupadas en el factor 2, pero en un sentido negativo, corroborando la naturaleza adaptativa de este último. No obstante, si se considera que solo 16 pacientes utilizaron de manera frecuente las estrategias de este factor “expresión y distracción” (véase gráfico 6), se comprende cómo el predominio de aquellas pertenecientes a los factores 1 y 4 pueden incidir más aún en la tendencia disfuncional del proceso de RE.

El factor 5 presentó una correlación negativa débil con la ansiedad y la tristeza principalmente, a pesar de agrupar estrategias aproximativas como elemento de adaptación. Lo anterior pudiera estar condicionado no solo por las causas de estas emociones en los pacientes estudiados (incluyendo las características de la situación con la que se asocian), sino también con las peculiaridades psicológicas de los adolescentes en cuanto a su ansiedad como característica de personalidad en formación.

Por su parte, el factor 3 presentó mayor correlación con la tristeza, siendo muy débil para la ansiedad y la ira. De modo que se aprecia cómo las estrategias que agrupa (vinculadas con la protección y el alivio emocional) parecen tener más implicación en la regulación funcional de la tristeza, relacionado también con los contenidos temáticos de cada emoción.

Al comparar las tres emociones, la ira presentó menor asociación con los factores 1 y 2. Aunque compartió con la ansiedad similar relación con estrategias agrupadas en los factores 1, 3 y 4, se distinguió de esta y de la tristeza por una menor asociación con el factor 2 y una mayor correlación con el factor 5 de la MARS (negativa en ambos casos).

A pesar de estas distinciones, se constató uniformidad entre las emociones evaluadas, mostrando correlaciones positivas y negativas con el mismo tipo de estrategias.

Las comparaciones establecidas entre los pacientes, de acuerdo con los niveles de las emociones obtenidos en los test IDAREN, IDEREN y STAXI-II N/A, también arrojaron elementos importantes.

Capítulo 3

Se halló que los adolescentes hipertensos con niveles altos, medios y bajos de emociones displacenteras, se diferenciaron entre sí por el tipo de estrategias que utilizaron ($p < 0,05$, véase tabla 20, anexo 35). Se constató cómo en la medida que emplearon con más frecuencia estrategias desadaptativas (agrupadas bajo los factores 1 y 4 de la MARS), fue mayor la tendencia hacia valores altos de la emoción, según los resultados de las pruebas psicológicas referidas; por el contrario, en la medida que utilizaron más frecuentemente estrategias adaptativas (contempladas en los factores 2, 3 y 5), se encontraron niveles más bajos de las emociones displacenteras.

Los hallazgos más significativos se vincularon con el empleo de las estrategias contempladas en los factores 1, 2 y 4 de la MARS, específicamente para el caso de la ansiedad. Los pacientes con mayores niveles de esta emoción se distinguieron por el empleo más frecuente de estrategias evitativas y rígidas (factor 1), así como de expresión emocional intensa y fisiológicas pasivas (factor 4), mientras que utilizaron de manera poco frecuente, las estrategias que posibilitan la distracción y la expresión emocional (factor 2).

Aunque los adolescentes con niveles altos y medios de tristeza e ira también se diferenciaron por el mayor empleo de determinadas estrategias, principalmente las agrupadas en el factor 1, se aprecia en la tabla que estas diferencias fueron menores al compararse los resultados con la ansiedad (véase tabla 20, anexo 35).

Por tanto, puede afirmarse que las estrategias desplegadas por los adolescentes hipertensos para regular la ansiedad, incidieron de manera importante en las características que presentó esta emoción, en su alta frecuencia e intensidad.

En el caso de la ira, solo se mostraron diferencias significativas entre los pacientes en relación con los factores 1 y 4 ($p < 0,05$). Los resultados del STAXI-II N/A posibilitaron complementar el análisis de estos hallazgos.

Según esta técnica, en los pacientes predominó la ira sentimiento sobre su expresión verbal y física, a diferencia de la investigación de Pedraza (2009), pero coincidiendo con Balsa (2012b). Por tanto, los valores altos y medios en la escala estado, se debieron principalmente a las puntuaciones obtenidas en la subescala "ira sentimiento", siendo generalmente bajos en la subescala "ira expresión" (véase tabla 14, anexo 29).

Capítulo 3

De manera similar, en cuanto a la escala expresión y control de la ira, los pacientes obtuvieron puntuaciones altas y medias en la subescala “expresión interna”, en comparación con la de “expresión externa”, predominando una expresión interna de la ira: “...nunca puedo saber cuándo le pasa algo, si algo no le gusta, se le ve la pesadez en la cara, pero no te dice nada” (entrevista a la familia).

No obstante, en 24 pacientes (40 %) se constató la expresión interna de la ira junto con su expresión externa (especialmente en el ámbito familiar), combinándose las puntuaciones medias en ambas subescalas de expresión. Por su parte, la subescala de control mostró tendencia hacia las puntuaciones bajas. En la tabla 14 (véase anexo 29) pueden apreciarse las diferencias significativas encontradas entre los adolescentes hipertensos y normotensos, en relación con la subescala “ira sentimiento” y la subescala “control de la ira”.

De esta manera, en los pacientes predominó la inhibición de la ira, que puede combinarse con su expresión externa en determinadas situaciones y contextos, pero generalmente de forma no controlada o poco asertiva (según diversas técnicas, incluyendo el STAXI subescala “control” y el ítem de expresión no regulada, en el factor 4 de la MARS).

Integrando los resultados obtenidos hasta el momento, se aprecia cómo los adolescentes hipertensos presentaron dificultades para regular sus emociones displacenteras, afectándose diferentes facetas de su vida. La escala DERS-E que evalúa las dificultades de la RE en situaciones de malestar emocional, corroboró muchos de estos resultados, lo cual se refleja íntegramente en el gráfico 7.

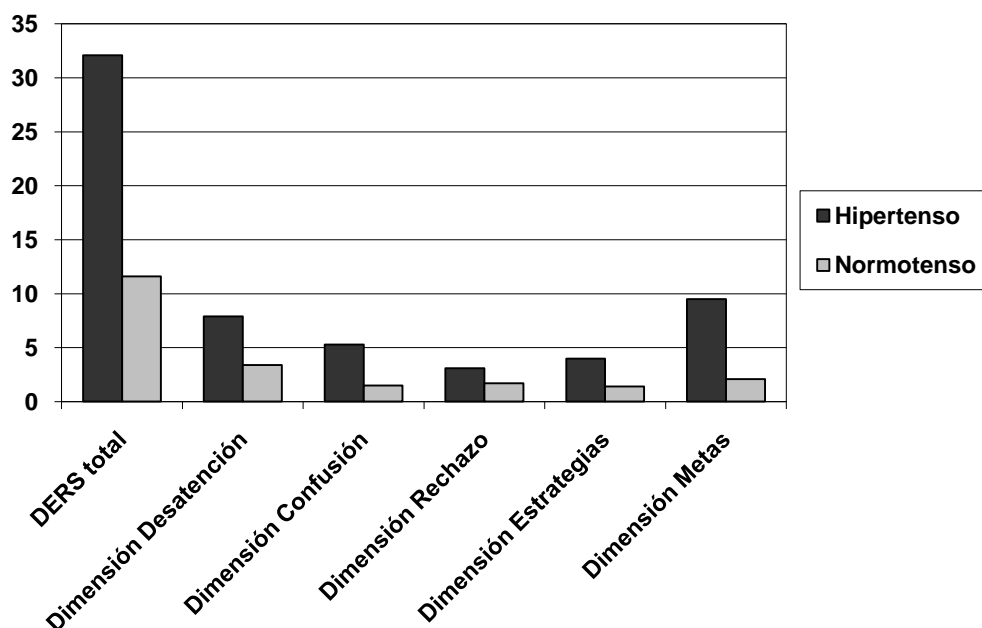


Gráfico 7. Puntuaciones medias de la DERS-E, en los adolescentes hipertensos y normotensos.

Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Las puntuaciones obtenidas en dicha prueba fueron más altas en los pacientes al compararlos con los normotensos, indicando mayores niveles de dificultades en el proceso de RE de acuerdo con las dimensiones que esta evalúa, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p=,000$ para la escala total y sus subescalas, véase tabla 16, anexo 31).

Por otro lado, la correlación entre las subescalas de la DERS mostró interdependencia entre las distintas dimensiones implicadas en las dificultades de la RE, según la prueba (desatención, confusión, rechazo, acceso limitado a estrategias de RE e interferencia con el comportamiento guiado hacia metas), siendo positiva en todos los casos, con valores entre ,581 y ,882 (véase tabla 21, anexo 36).

A partir de los elementos expuestos, puede afirmarse que en los adolescentes hipertensos predominó una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad, sobre la base de limitaciones en los indicadores evaluados, apreciándose la interdependencia entre estos. Por tanto, también se confirmó la hipótesis estadística siguiente: H_1 : existe relación entre los indicadores de la RE en los adolescentes hipertensos.

Capítulo 3

Considerando estos resultados, es necesario establecer nuevos niveles de análisis para lograr una mayor comprensión de la interfuncionalidad entre los indicadores de la RE y la identificación de aquellos que pueden ser más importantes para la funcionalidad del proceso.

3.4. Determinación de los indicadores de la regulación de emociones displacenteras más importantes para la funcionalidad del proceso.

En la tabla siguiente, se muestran los aspectos evaluados en relación con la regulación de las emociones displacenteras, ordenados según su fortaleza en las diferencias encontradas entre los adolescentes hipertensos y normotensos, confirmándose la importancia de la ansiedad en este sentido (según V. de Cramer).

Tabla 8. Fortaleza en las diferencias entre grupos de los aspectos evaluados de la RE.

Indicadores	χ^2	p	V-Cramer
Ansiedad	46,275	,000	,621
Comprensión Emocional	39,309	,000	,572
Factor 1 de la MARS	21,771	,000	,426
Ira	18,611	,000	,394
Factor 4 de la MARS	18,520	,000	,393
Tristeza	14,023	,001	,342
Factor 2 de la MARS	11,942	,003	,315
Ansiedad Rasgo	8,688	,013	,269
Factor 5 de la MARS	9,495	,009	,281

Fuente: Pruebas psicológicas.

Se procedió entonces con la clasificación de acuerdo con los árboles de decisiones, con el objetivo de establecer modelos de interacción entre estos aspectos evaluados, considerando la distinción entre ambos grupos de adolescentes.

Teniendo en cuenta el método CHAID, los indicadores más significativos se asociaron en cuatro árboles predictores. El primero de los árboles se muestra en la figura 1. En él no fue forzada ninguna variable. En el nodo raíz se tiene el total de adolescentes que se estudiaron: 60 normotensos y 60 hipertensos. La variable ansiedad fue la primera por la que se dividió la

Capítulo 3

muestra en este modelo, siendo el predictor seleccionado. Por tanto, el resultado coincidió con la tabla mostrada anteriormente (tabla 8), donde la ansiedad constituyó la variable que más diferenció los dos grupos. El árbol presentó cinco nodos terminales.

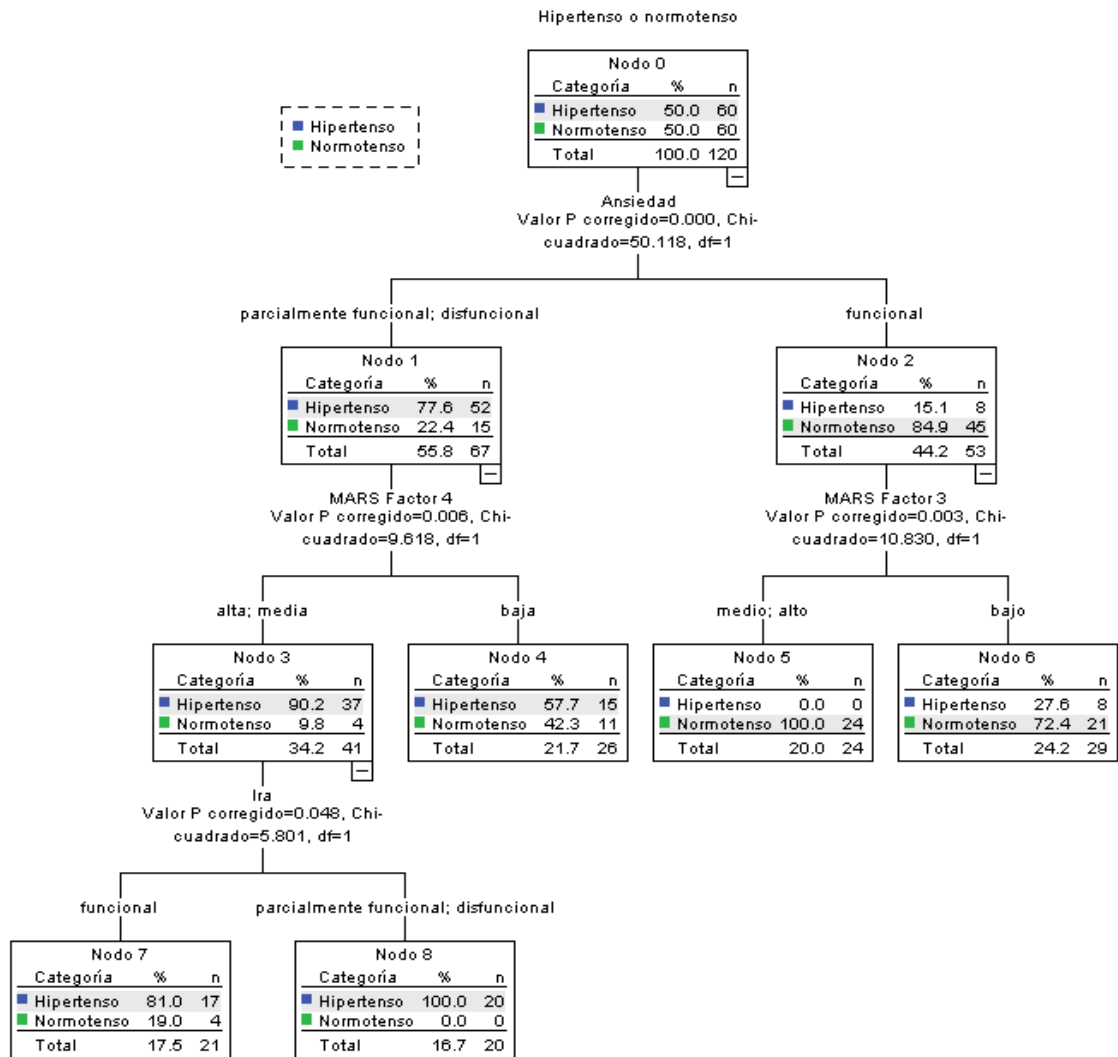


Figura 1. Interacciones de los indicadores de la regulación emocional. Nodo raíz: la ansiedad

Fuente: Pruebas psicológicas.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, interesa analizar los nodos 7 y 8 fundamentalmente, los cuales presentaron la ansiedad alta en su raíz. El nodo 7

Capítulo 3

representó un subconjunto formado por 21 adolescentes: 17 hipertensos y 4 normotensos, que además de la ansiedad alta (de acuerdo al IDAREN) utilizaron de manera frecuente y medianamente frecuente las estrategias comprendidas en el factor 4 de la MARS. A pesar de que la ira se mostró baja en ellos, la autora considera este modelo como de riesgo, en cuanto al proceso de RE desplegado por el 81 % de los 17 hipertensos incluidos.

Respecto al nodo 8, el más importante de este árbol, compartió con el nodo 7 los elementos de la ansiedad alta y las estrategias del factor 4 de la MARS, de manera frecuente o parcialmente frecuente, pero se le agregó la ira en niveles altos o medios (según el STAXI-II N/A), incluyéndose en este modelo el 100 % de los 21 adolescentes hipertensos pertenecientes al subconjunto. Es por tanto, otro modelo de riesgo, donde la RE se asoció con la hipertensión en la medida que se mostraron las características que plantea: utilización frecuente de las estrategias contempladas en el factor 4 de la MARS, así como ansiedad e ira en niveles altos o medios.

El mismo análisis se realizó con el resto de los árboles. Para el árbol de la figura 2 (anexo 37), la primera división fue por el factor 1 de la MARS “evitativo y rígido”. Según este árbol, se aprecia un modelo de riesgo asociado con la hipertensión que contempla un proceso de RE disfuncional, donde las estrategias agrupadas en este factor se emplearon frecuentemente, unido con la ansiedad y la tristeza.

En esta ocasión, se reiteró la ansiedad, pero asociada con la tristeza en lugar de la ira. Si se toma en cuenta que las estrategias contempladas en el factor 4 incluyen una exteriorización de la expresión emocional, pero de forma no regulada ni asertiva, o estrategias de regulación fisiológica pasiva, mientras que las estrategias del factor 1 se caracterizan por ser inhibitorias, de supresión emocional, de aproximación rígida o evitación, se evidenciaron dos modelos de riesgo distintos en estos pacientes teniendo como núcleo común y central la ansiedad (según el método CHAID).

Por un lado, se obtuvo un modelo donde los adolescentes hipertensos presentaron tendencia hacia la inhibición y supresión como estrategias de RE y la ansiedad combinada con la tristeza como emociones displacenteras fundamentales; mientras que, según el otro modelo, los pacientes presentaron tendencia a la explosividad, a la manifestación exteriorizada y también poco regulada de sus emociones, así como la combinación de la

Capítulo 3

ansiedad y la ira. Ambos modelos integran predictores de una RE disfuncional como factor de riesgo asociado con la HTA.

Para el árbol de la figura 3 (véase anexo 38), la primera división fue por el indicador comprensión emocional. Este modelo contempla un proceso de RE disfuncional, donde el adolescente hipertenso presentó una comprensión emocional inadecuada o parcialmente adecuada y una utilización parcial o frecuente de las estrategias del factor 1 de la MARS (que se repitió en relación al árbol de la figura 2, véase anexo 35), además de la ansiedad como característica de personalidad en formación (según el IDAREN). Por tanto, se reiteró el lugar central de la ansiedad en los adolescentes hipertensos, como uno de los predictores fundamentales del proceso de RE disfuncional que los distinguió. El modelo establecido por este árbol coincidió con análisis anteriores, donde se explicaron dificultades que los pacientes presentaron en su comprensión emocional, condicionadas por características como la ansiedad, en interrelación con el uso frecuente de estrategias evitativas y poco flexibles.

Finalmente, en el árbol de la figura 4 (véase anexo 39) se observó un modelo que pudiera resultar controvertido. En esta ocasión, la primera división fue por el factor 5 de la MARS “directo y aproximativo”. El nodo 3 resultó interesante, reflejando un modelo de riesgo donde el 75 % de estos 16 hipertensos utilizaron de manera frecuente o parcialmente frecuente las estrategias contempladas en el factor 5, unido con la ansiedad rasgo media (según el IDAREN). Generalmente, el factor 5 ha sido considerado como adaptativo en la mayoría de las investigaciones (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao et al., 2010). Sin embargo, el modelo obtenido corroboró cómo lo anterior depende del contexto, la situación y el propio adolescente principalmente (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Gross & Thompson, 2007).

Por otra parte, según el nodo 5, cuando las estrategias contempladas en el factor 5 no se utilizaron o se utilizaron con poca frecuencia, unido al uso frecuente de las estrategias del factor 1, también constituyeron indicadores de una RE disfuncional en los adolescentes hipertensos.

De esta forma, las estrategias contempladas en el factor 5 resultaron desadaptativas en los adolescentes hipertensos, especialmente en los que presentaron tendencia hacia

Capítulo 3

evaluar como amenazantes las situaciones del medio y reaccionar con ansiedad continuamente. Por tanto, la combinación de uno y otro elemento puede incidir en la disfuncionalidad del proceso de RE, resaltando una vez más la implicación de la ansiedad. El exceso de atención hacia los propios estados emocionales puede tener consecuencias negativas, especialmente cuando sucede dentro de un contexto de malestar (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). En la atención hacia uno mismo se pueden distinguir procesos de reflexión (que generalmente son adaptativos y favorecen el procesamiento emocional), de aquellos que involucran la rumiación como formas de pensamiento rígido y repetitivos con efectos negativos (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). No obstante, teniendo en cuenta la realidad de los pacientes estudiados y la ansiedad que los caracterizó, se evidenció que la focalización (reflexiva o rumiativa) en la situación y/o la emoción displacentera, aún contribuyendo con la solución del problema puede provocar el incremento de la ansiedad, por lo que debe combinarse con otras estrategias.

Precisamente, este último elemento se apreció con dificultad en los adolescentes hipertensos. Los análisis estadísticos de momentos previos arrojaron diferencias significativas entre estos y los menores normotensos, en cuanto al empleo de estrategias contempladas en el factor 2 de la MARS, de distracción y expresión. La tendencia en los pacientes hacia la supresión de la respuesta emocional, la inhibición y el aislamiento social, pudiera estar obstaculizando la obtención del apoyo emocional como estrategia de RE, así como la propia distracción.

La autora considera que las estrategias aproximativas pueden ser adaptativas en los pacientes, dependiendo de su combinación con estrategias que contribuyan con la desconcentración (al menos parcial) de la situación y/o la emoción, con el alivio y el menor impacto emocional para el adolescente.

De acuerdo con los modelos obtenidos, se confirmó que la ansiedad no solo fue la variable que más distinguió los adolescentes hipertensos; también se combinó con otros indicadores de la RE y tomó diversas vías como factor de riesgo. Esta emoción displacentera es potenciada con estrategias de regulación desadaptativas, interfiriendo a su vez en estrategias usualmente adaptativas, así como otros indicadores importantes del proceso de regulación como la comprensión emocional.

Capítulo 3

De esta manera, se acepta la H₁ siguiente: las variables aleatorias analizadas constituyen predictores que influyen sobre los resultados obtenidos dentro de cada grupo.

El método CHAID fue de gran utilidad para la comprensión de las interacciones entre indicadores de la RE, como factor de riesgo asociado a la HTA. No obstante, resultó insuficiente para el abordaje de este proceso como factor protector, en el caso de aquellos pacientes que lograron regular sus emociones displacenteras de manera funcional. Por tanto, se llevó a cabo el análisis de conglomerados, una técnica que posibilitó la agrupación de los adolescentes hipertensos en determinados conjuntos, considerando elementos comunes en su proceso de RE.

Según esta técnica, los adolescentes hipertensos se agruparon en dos grupos: el primero estuvo integrado por 43 pacientes y el segundo, por 17 (véase gráfico 8).

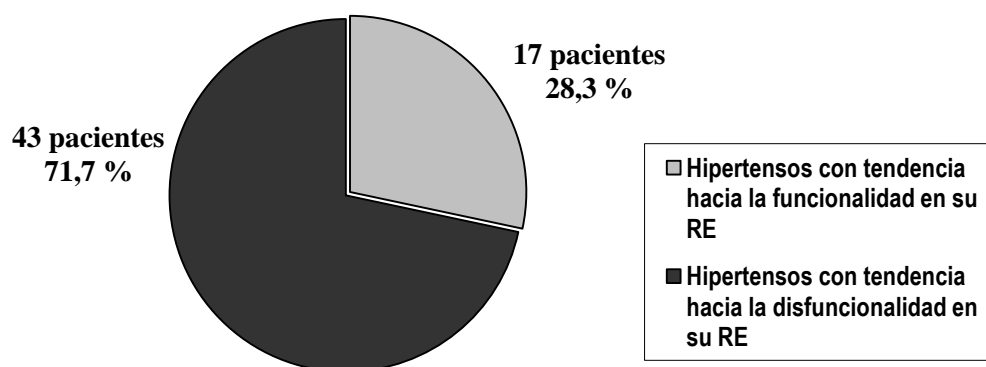


Gráfico 8. Conjuntos en los que fueron agrupados los adolescentes hipertensos.

Fuente: Pruebas psicológicas.

El grupo que integró la mayoría de los adolescentes hipertensos coincidió con los resultados aportados por el método CHAID, caracterizándose por dificultades en la comprensión emocional y una ansiedad alta o media. Además, son pacientes que utilizaron frecuentemente estrategias de regulación contempladas en los factores 1 y 4 de la MARS y de manera parcial o poco frecuente las del factor 2. El resto de los elementos fluctuó en cuanto a los valores alcanzados (véase gráfico 10). Por tanto, son pacientes donde los indicadores de la RE mostraron una tendencia hacia la disfuncionalidad, al menos de manera parcial.

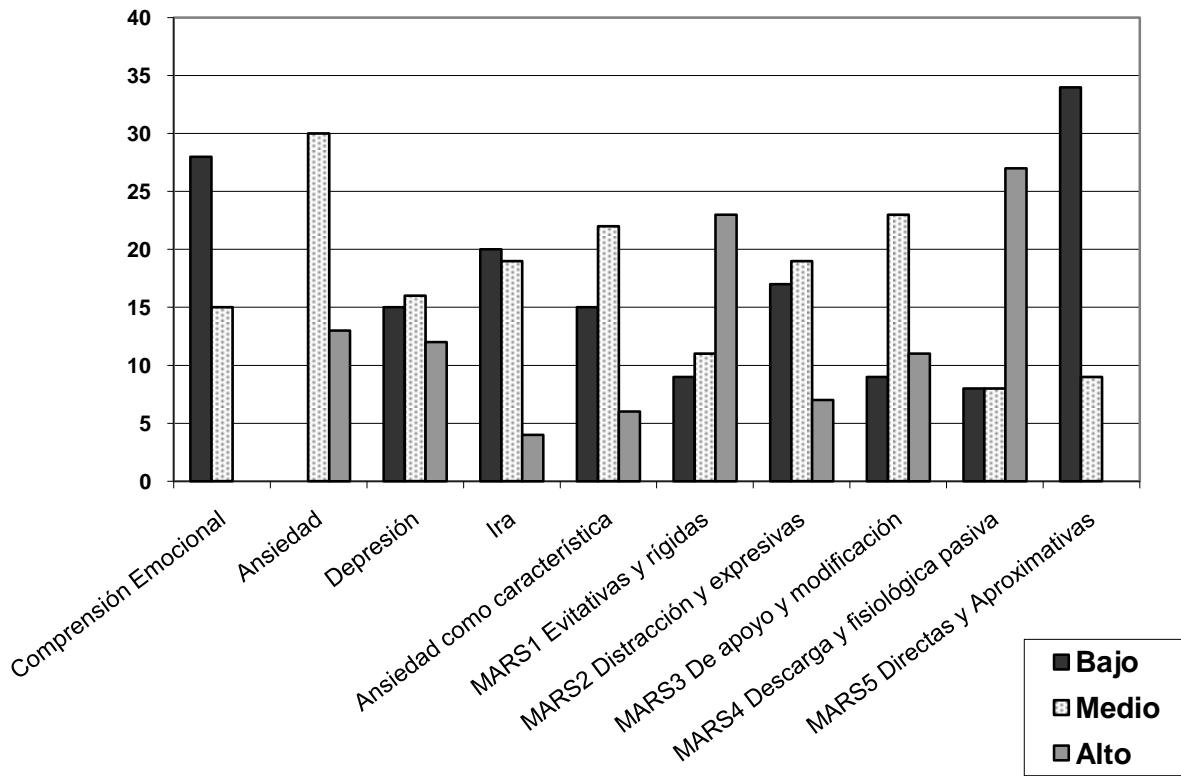


Gráfico 10. Valores de los indicadores en los adolescentes con una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad.

Fuente: Pruebas psicológicas

En el otro grupo, la RE presentó indicadores con tendencia hacia la funcionalidad, constituyendo un proceso con un potencial de beneficio para estos pacientes, como un factor protector ante la enfermedad. Lo caracterizó la ausencia de valores extremos negativos en cuanto a la comprensión emocional y las tres emociones displacenteras evaluadas (véase gráfico 9).

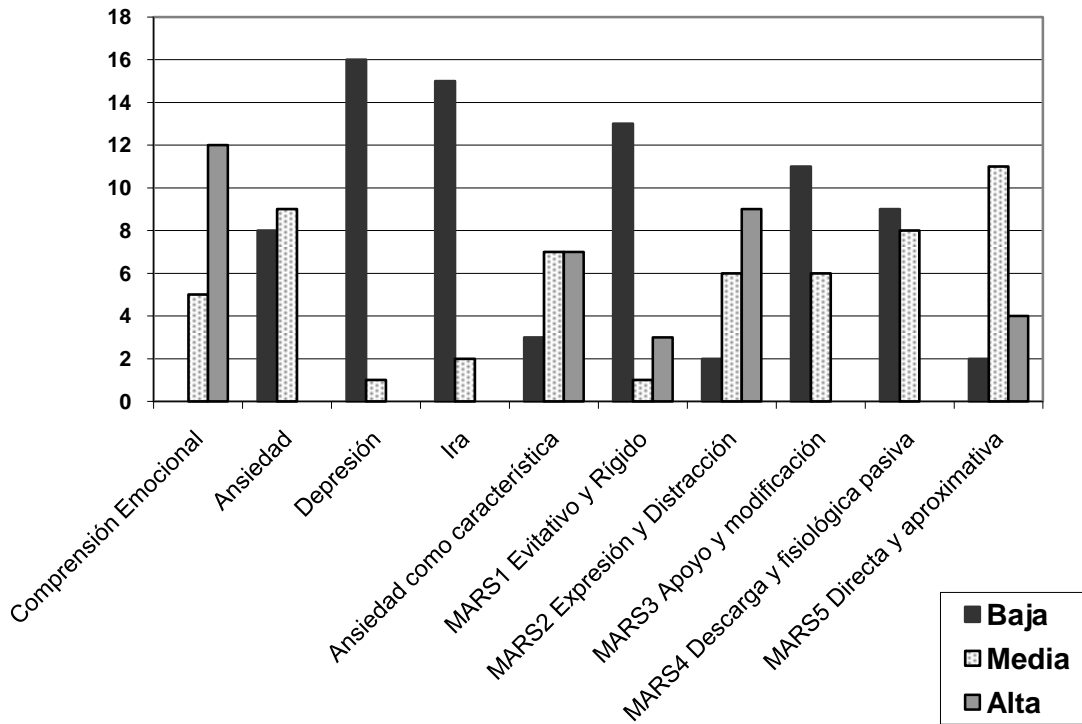


Gráfico 9. Valores de los indicadores en los adolescentes con una RE con tendencia hacia la funcionalidad.

Fuente: Pruebas psicológicas.

La ansiedad como característica de personalidad en formación se comportó en este grupo en niveles medios y altos fundamentalmente, lo cual contrastó con la ansiedad baja como estado (según el IDAREN). La autora considera que esto último fue propiciado por el predominio de estrategias adaptativas, siendo frecuente o parcialmente frecuente la utilización de aquellas contempladas en el factor 2 de la MARS, mientras que las vinculadas con los factores 1 y 4 fueron poco frecuentes. Las estrategias del factor 3 resultaron oscilantes en estos pacientes y las del factor 5 tuvieron una frecuencia media principalmente.

Por tanto, son pacientes donde se apreció el reconocimiento que tienen de sus emociones, de sus causas y consecuencias, junto con la diversidad de estrategias que despliegan para regularlas, de acuerdo a los requerimientos personales y de la situación: "...pensando en mi mamá, me da miedo que le pase algo...me digo que tengo que dejar de pensar en eso,

Capítulo 3

ponerme a hacer otra cosa, tratar de relajarme, pensar que mi mamá está bien cuidada y pronto estará aquí, como me dijo”; “...es lo que más hago, buscar algo que me saque de eso, que me entretenga. Lo que más hago es salir a relajarme un poco...” (entrevista al adolescente).

Todo ello propicia que la ansiedad, la tristeza y la ira se presenten en niveles bajos (según las pruebas aplicadas) En las ocasiones donde no ocurre de esta forma, se constató solamente una de ellas en niveles medios, sin incidencia en el funcionamiento y bienestar del adolescente, según los resultados de las diversas técnicas: “...si se pone nerviosa, es poco el tiempo, enseguida está haciendo algo, entretenida, sale a divertirse...” (entrevista a la familia).

Por tanto, fue corroborada la H₁ siguiente: los adolescentes hipertensos se agrupan, de acuerdo al comportamiento de los indicadores de la RE.

La complejidad del proceso de RE requirió complementar los análisis estadísticos anteriores con el estudio individual de casos, para lograr un mayor acercamiento a las particularidades del proceso en los adolescentes hipertensos, teniendo en cuenta la interacción de variables contextuales e individuales importantes para su funcionalidad.

3.5. Valoración de la funcionalidad del proceso de regulación de emociones displacenteras, considerando la interacción de variables internas y externas.

Los resultados que se exponen han sido organizados de la manera siguiente. Primeramente se presenta el análisis cruzado de los casos, organizado según los mismos tópicos que guiaron los estudios individuales. Estos tópicos parten de las categorías emergentes durante la interpretación de los datos, con importancia para el análisis de las relaciones del adolescente en sus diversos contextos de desarrollo y la influencia de todo ello para su RE. De esta forma, se vinculan con tres temas fundamentales:

- influencia de los contextos de desarrollo en la RE del adolescente, considerando las vivencias de cada menor.
- características de personalidad en formación y su implicación para la RE del adolescente hipertenso.

Capítulo 3

- impacto de la enfermedad para el adolescente hipertenso y su familia, especialmente en la vida emocional del menor.

En los resultados expuestos, se integran los datos de los casos, considerando las tendencias identificadas en cada sujeto en cuanto a la funcionalidad de la RE del modo que se especifica a continuación. Para nombrar cada sujeto, se han utilizado pseudónimos que garanticen la protección del anonimato:

- sujetos con RE con tendencia hacia la funcionalidad: Manuel (sujeto 1), Dania (sujeto 2) y Darío (sujeto 3).

- sujetos con RE parcialmente funcional: Bryan (sujeto 4), Lester (sujeto 5) y Rubén (sujeto 6).

- sujetos con RE con tendencia hacia la disfuncionalidad: Yilena (sujeto 7), Carlos (sujeto 8), Armando (sujeto 9) y Luis (sujeto 10).

En el anexo 40 aparece una selección de los estudios de caso realizados. También en el anexo 41 se ha reflejado una parte del análisis de contenido de las pruebas psicológicas siguientes: entrevista en profundidad al adolescente, entrevista semi-estructurada a la familia y la Ficha de autorregistro, cubriendo las principales categorías. La triangulación de los resultados de todas las técnicas psicológicas puede encontrarse en los propios estudios de caso (véase anexo 39).

Finalmente, se expone el análisis integrador, aportándose las principales generalizaciones sobre aquellas variables contextuales e individuales que presentaron implicación para la RE del adolescente hipertenso.

3.5.1. Análisis cruzado de los casos

Se pudieron apreciar tres tendencias en los pacientes, considerando la funcionalidad de la RE. En primer lugar, en los sujetos Manuel, Dania y Darío se evidenció una RE con tendencia hacia la funcionalidad, reflejando una comprensión emocional adecuada. También se evidenciaron estrategias de uno u otro tipo, pero las más frecuentes resultaron ser adaptativas. En cambio, cuando se utilizaron estrategias inadaptativas, como la rumiación y el asilamiento social o la evitación, se combinaron con otras más adaptativas, como la distracción, siendo esta última una de las más frecuentes, junto con

Capítulo 3

la búsqueda del apoyo social (emocional e instrumental) y estrategias directas y aproximativas. Sobre esta base, se manifestaron emociones displacenteras que no interfirieron en las diversas actividades y relaciones de los menores.

En los sujetos Bryan, Lester y Rubén la RE fue parcialmente funcional, sobre la base de una comprensión parcial de sus emociones displacenteras, de las causas o de las consecuencias, pero en ningún caso de ambos elementos al unísono. Respecto a las estrategias de RE utilizadas, estos pacientes combinaron tanto adaptativas como desadaptativas, donde se destacó el uso más frecuente de la rumiación, la supresión y aislamiento social, en relación con los sujetos anteriores. En ellos, al menos una de las emociones displacenteras presentó niveles medios (según las técnicas psicológicas correspondientes), siendo la más frecuente la ansiedad (en los tres adolescentes) e interfiriendo en la actividad y/o relaciones de los pacientes en ocasiones.

Los pacientes con una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad (Yilena, Carlos, Armando y Luis) manifestaron una comprensión inadecuada de sus emociones displacenteras. En estos menores resaltaron estrategias predominantemente desadaptativas, siendo las más frecuentes la supresión emocional, el aislamiento y la expresión emocional no regulada o intensa. Presentaron como mínimo dos emociones displacenteras en niveles medio o altos, según las técnicas psicológicas correspondientes, de modo que interfirieron en diversas de sus actividades y/o relaciones, afectándose su bienestar emocional.

Contexto Familiar

Teniendo en cuenta los contextos de socialización, la familia representó la influencia más significativa para el proceso de RE en los adolescentes hipertensos, desde varias perspectivas que se analizan a continuación.

En primer lugar, el ámbito familiar ha sido el espacio donde estos menores presentan una historia de aprendizajes vinculados con las habilidades emocionales, con formas de enfrentar las situaciones difíciles y hasta de regular las propias emociones. En muchos de ellos se apreció cómo aplican en su comportamiento estos aprendizajes provenientes de sus familiares más cercanos, tanto adecuados como poco funcionales:

Capítulo 3

Familiar de Manuel: "...su madre también es así, siempre se está riendo, le da el frente a las cosas como vengán" (entrevista a la familia).

Familiar de Darío: "... siempre fue un niño introvertido... el padre es así mismo, así que tampoco ha tenido un modelo distinto..." (entrevista a la familia).

Familiar de Yilena: "...no tiene tantos amigos, cuando alguno le dice algo que no le gusta se pone a discutir, es muy bocona, tiene discusiones con ellos porque tiene un carácter muy fuerte, en eso se parece un poco a mí" (entrevista a la familia).

En segundo lugar, se evidenciaron acontecimientos potencialmente psicopatógenos en el ámbito familiar (García, 2003), que influyeron en las vivencias negativas de los adolescentes en este contexto. Los más frecuentes fueron: divorcio de los padres, salida de la madre al extranjero, situaciones familiares de conflicto, estilos educativos de rigidez, sobreprotección y/o rechazo; los mismos se evidenciaron en siete sujetos:

Manuel: "...extraño a mis abuelos, quisiera verlos más...y a mi mamá...me pone triste a veces" (entrevista al adolescente).

Darío: "...yo desearía que papá estuviera más tiempo en la casa"; "...yo desearía que mi mamá estuviera más tiempo en la casa" (IPJ); "deseo que mi mamá regrese" (técnica de los 10 deseos).

Rubén: "...mi mayor problema...los problemas que hay en mi casa" (entrevista al adolescente); "hay discusiones y peleas constantes en mi casa" (IPJ).

Bryan: "...cuando obtengo una baja nota mi mamá me regaña" (Completamiento de frases).

Yilena: (frecuentemente, como opción de respuesta) "he pensado marcharme de casa" (EAA).

En tercer lugar, la familia constituyó uno de los determinantes principales de la autoestima y la autovaloración:

Darío: "...lo más importante para mí...es mi familia, yo sé que soy medio raro, seco, que no me gusta hablar, pero yo sé que me apoyan en todo, cada vez que lo necesito" (entrevista al adolescente).

Los estilos educativos inadecuados, entre otros elementos del funcionamiento familiar, incidieron en las dificultades encontradas en estas esferas del desarrollo psicológico:

Capítulo 3

Yilena: "...me molestan los regaños de ella (la madre), me regaña mucho, para ella todo lo que yo hago está mal" (entrevista al adolescente).

En cuarto lugar, se destacó el sistema de exigencias familiares alrededor del adolescente, especialmente en relación con su desempeño escolar y la propia enfermedad. La manera en que dichas exigencias se correspondieron con las necesidades y potencialidades de cada menor, resultó importante considerando las características ansiosas que predominaron en gran parte de ellos:

Familiar de Manuel: "...no le gusta, qué se le va a hacer, médico no será (risa), ya la madre y yo lo hemos hablado, pero que sea disciplinado, que termine su secundaria" (entrevista a la familia).

Bryan: "...lo único que cambiaría sería que mi mamá me regañara menos para que estudie (entrevista al adolescente).

Familiar de Lester: "...no nos gusta que desaprobe, pero hay que entender que no todo el mundo puede ser genio, para qué martirizarlo, lo de él son las palomas, la pelota, hay que ver cómo se va encaminando por algo que le guste" (entrevista a la familia).

Yilena: "...cuando obtengo una baja nota mi mamá me castiga" (Completamiento de frases); "desde que me dijeron que era hipertensa mi mamá está más insoportable que nunca, me pelea todo el tiempo porque dice que tengo que hacer lo que dice el médico" (entrevista a la adolescente).

Finalmente, es necesario señalar la implicación de la familia como posible mecanismo externo en la RE del adolescente, desde su rol como fuente potencial de apoyo social, así como propiciadora o no de una creciente autonomía en el adolescente:

Dania: "...ese día me pongo un poco mal...me pongo a pensar mucho...mi mamá enseguida se da cuenta o yo se lo digo..."; "...sé que puedo contar con ellos para todo (los padres)...le pido ayuda a mi mamá, sobre todo a ella" (entrevista al adolescente).

Darío: "...le pregunto mucho a mis tíos para las tareas, ellos saben mucho, me aclaran las dudas..."; "...a veces le pido ayuda a mi tía o a mi tío..." (entrevista al adolescente).

Bryan: "...a mi mamá, le digo que estoy mal, nervioso...siempre me ayuda" (entrevista al adolescente).

Rubén: "...a veces lo hablo con mi mamá..." (entrevista al adolescente).

Capítulo 3

De este modo, la influencia de la familia resultó crucial en la RE de los adolescentes hipertensos. En aquellos que presentaron una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad se apreciaron dificultades en la relación familia-adolescente generalmente, sobre la base de los elementos anteriores. Solamente en Armando (con una RE parcialmente funcional) predominaron vivencias positivas vinculadas con el contexto familiar; no obstante, las características de la familia y educación paternas, así como el estilo educativo inconsistente entre ambos padres, resultaron ser factores que incidieron en las dificultades que el menor presentó en la regulación de sus emociones.

Por su parte, los menores con una relación familiar adecuada, con predominio de vivencias positivas en este contexto, presentaron un proceso de RE con tendencia hacia la funcionalidad o parcialmente funcional. Lo anterior se constató en los seis primeros casos. Por tanto, se evidenció su rol importante en el desarrollo y expresión de la RE de los pacientes.

Contexto escolar

En el contexto escolar, el elemento que más se destacó se vinculó con las evaluaciones académicas, condicionando vivencias negativas, donde seis de los sujetos estudiados manifestaron ansiedad ante los exámenes (sujetos Bryan, Lester, Rubén, Yilena, Armando y Luis, todos con una RE parcialmente funcional o con tendencia hacia la disfuncionalidad):

Rubén: "...lo que más siento cuando tengo prueba, es el miedo a desaprobar..." (entrevista al adolescente).

Bryan: "mi mayor temor las pruebas" (completamiento de frases).

Familiar de Rubén: "...siempre fue nervioso para las pruebas, pero salía bien, todavía eso se mantiene" (entrevista a la familia).

Familiar de Armando: "...el día antes se pone muy nervioso, yo no sé esto, que si yo no me sé aquello, saldrá esto, saldrá lo que estoy estudiando, siempre piensa que va a desaprobar, pero después se pone y se pone y logra aprobar" (entrevista a la familia).

Luis: "...tengo buenas notas...me siento mal en los días de prueba, no me gusta hacer las pruebas" (entrevista al adolescente).

Capítulo 3

De los pacientes con una tendencia hacia la disfuncionalidad en su RE, solamente Carlos no presentó ansiedad ante los exámenes, siendo importante resaltar la ausencia de la ansiedad como característica de personalidad en formación, junto con los buenos resultados docentes que obtiene y un medio familiar favorable en relación con el apoyo que brinda en este sentido. Por otra parte, en ninguno de los adolescentes con una RE con tendencia hacia la funcionalidad se presentó esta ansiedad.

Las dificultades en la autoestima y la autovaloración, así como la propia ansiedad como característica de personalidad en formación, se encontraron en la totalidad de los casos con ansiedad ante los exámenes. Son elementos que condicionaron procesos valorativos inadecuados, como se analizará más adelante, donde las estrategias centradas en los antecedentes de la situación resultan esenciales, para reinterpretar las situaciones de evaluación en el ámbito académico o descentrarse del malestar que generan:

Darío: "...estudiar...si estudio no tengo por qué salir mal...sabiéndome todo me siento tranquilo" (Ficha de autorregistro).

Lester: "...tratar de relajarme, pensar en otra cosa, pensar en la cosas buenas que me pasan...salí a jugar pelota un rato" (Ficha de autorregistro).

Sin embargo, estas fueron estrategias poco utilizadas por los pacientes. Por tanto, la ansiedad (ante los exámenes en este caso) representó una de las emociones displacenteras más frecuentes, con importantes implicaciones para el bienestar y desempeño de los menores en tales situaciones evaluativas, encontrándose en su base las características individuales mencionadas, así como estrategias de RE poco adaptativas.

El otro elemento a destacar en este sentido se relacionó con la familia. Resultó fundamental el apoyo brindado, así como la correspondencia entre las exigencias de los padres u otros familiares ante las evaluaciones académicas, y el sistema de necesidades, capacidades y motivaciones, entre otras características del menor. Esto constituyó un factor protector, especialmente para el logro de un afrontamiento adecuado de las situaciones evaluativas. Fueron los casos de Manuel, Dania, Darío (que presentaron una RE con tendencia hacia la funcionalidad), Lester, Rubén (adolescentes con una RE parcialmente funcional) y Armando (con una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad);

Capítulo 3

no obstante, en los tres últimos se constató la ansiedad ante las pruebas muy relacionada con sus características de personalidad en formación.

Por su parte, existieron familias donde el poco apoyo al menor ante las tareas y evaluaciones escolares o las exigencias en este sentido, influyeron en la ansiedad que presentaron ante los exámenes, como fue el caso de Bryan (con una RE parcialmente funcional), Yilena, Carlos y Luis (adolescentes con una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad).

Relaciones con los iguales

El contexto de las relaciones con los iguales resultó también relevante para la RE de los pacientes. Se apreciaron dos vías de influencia fundamentalmente: como fuente de apoyo social y como facilitador de experiencias agradables, a través de las cuales el adolescente no solo puede disfrutar y distraerse, sino también reafirmarse individualmente, incrementar su autoestima y una autovaloración adecuada:

Familiar de Manuel: "...siempre está con ellos (los amigos), lo buscan mucho...se llevan muy bien" (entrevista a la familia).

Dania: "...me gusta llevarme bien con todos, tengo dos amigas que siempre salimos juntas" (entrevista a la adolescente).

Darío: "...me voy pa' la calle con mis amigos, siempre hay algo que hacer..."; "...tengo unos cuantos... (amigos)" (entrevista al adolescente).

Es necesario destacar que todos los pacientes con tendencia hacia la disfuncionalidad en su RE, presentaron dificultades en las interacciones con los coetáneos, teniendo un estatus sociométrico de rechazado o ignorado, con escasas relaciones de amistad:

Yilena: "...no tengo amigos en la escuela...solo una por aquí, pero no es tanto así mi amiga" (entrevista al adolescente).

Madre de Carlos: "...no es de estar con amigos por ahí, ni aquí tampoco, casi siempre anda solo" (entrevista a la madre).

Armando: "...estudio solo...no me relaciono mucho con los del aula" (entrevista al adolescente).

Capítulo 3

Familiar de Luis: "...como mismo no habla conmigo, nunca lo vienen a ver aquí a la casa y el no sale de su mundo, no se relaciona con casi de ninguno de los de aquí del barrio" (entrevista a la familia).

Las relaciones con los iguales se encontraron matizadas por la percepción de sí mismo que se evidenció en los adolescentes hipertensos, centrada en los aspectos negativos muchas veces, vinculada especialmente con la autoimagen física. La obesidad y el sobrepeso han estado presentes desde edades tempranas en la mitad de los pacientes con una RE disfuncional, relacionándose con complejos, sentimientos de inferioridad respecto a los coetáneos, inseguridad y baja autoestima. Durante la adolescencia aumenta la vulnerabilidad de los menores en este sentido, ya que la formación de la identidad constituye la neoformación central, de modo que un elemento como este se puede tornar más crítico e incrementarse las dificultades con los iguales.

También otros factores influyeron en tales dificultades, destacándose la inseguridad, la baja autoestima y subvaloración, el bajo rendimiento académico, las escasas habilidades sociales y emocionales, entre otras.

En la totalidad de los pacientes con una tendencia hacia la funcionalidad en su RE, se apreciaron relaciones adecuadas con los coetáneos, siendo adolescentes aceptados en su grupo (escolar y/o de la comunidad). Estas relaciones también constituyeron un factor protector para aquellos donde dicha regulación se evidenció parcialmente funcional. No obstante, lo que diferenció a unos pacientes u otros en este sentido, se vincula con que estos últimos presentaron relaciones fundamentalmente con adolescentes de menor edad y/o pertenecientes a otros grupos distintos del escolar, siendo Bryan el único con una RE parcialmente funcional, que tuvo como grupo de pertenencia al de la escuela y la comunidad:

Bryan: "...tengo amigos, siempre estamos haciendo cosas... la paso bien...nos reímos" (entrevista al adolescente).

Lester: "...sí me gustaría tener más amigos, sobre todo en el aula" (entrevista al adolescente); "deseo tener más amigos" (técnica de los 10 deseos); "pocas veces tengo invitaciones para salir con amigos" (IPJ).

Capítulo 3

Familiar de Rubén: "...con quien único se reúne a veces es con unas amistades de la iglesia, pero tampoco mucho" (entrevista a la familia).

De manera general, se constató que cinco adolescentes presentaron dificultades en las relaciones con los coetáneos, siendo mayores en aquellos con una RE disfuncional (uno de ellos presentó RE parcialmente funcional y el resto, con tendencia hacia la disfuncionalidad). Por tanto, se apreciaron escasas relaciones de amistad, continuos conflictos con sus iguales y/o la no tenencia de un grupo de pertenencia, afectándose este mecanismo externo de importante implicación para la RE.

Mientras, la otra mitad de los pacientes estudiados fueron aceptados al menos en alguno de los grupos de iguales que les rodean, cuya RE se comportó parcialmente funcional o con tendencia hacia la funcionalidad.

Relación con la enfermedad

En la mayor parte de los adolescentes, la enfermedad hipertensiva ha representado un evento altamente significativo, implicando cambios en sus hábitos de vida e importantes limitaciones en ocasiones, así como visitas periódicas a centros de salud, entre otros elementos que generan malestar, preocupaciones e incertidumbre. De este modo, se considera que presenta un gran impacto en la vida emocional y general de los menores.

Cuando se indagó en el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, se constató que es parcial en la mayoría de ellos, ya que existieron dificultades en uno o dos de los aspectos siguientes: los factores de riesgo y causas principales de la enfermedad, sus síntomas, consecuencias o tratamiento (véase matriz de análisis, anexo 31). No obstante, las mayores limitaciones se presentaron en cuanto a la aceptación de la enfermedad:

Lester: "...ya estoy más tranquilo, pero a veces me da miedo que me suba la presión" (entrevista al adolescente); "deseo que no me suba la presión" (técnica de los 10 deseos).

Rubén: "...no me gusta estar enfermo, me hace sentir nervioso...me da la idea así de que me va a pasar algo..." (entrevista al adolescente).

Familiar de Yilena: "...Después de la enfermedad todo ha empeorado, está más rebelde" (entrevista a la familia).

Capítulo 3

Yilena: "...deseo no estar enferma" (técnica de los 10 deseos); "no quiero estar enferma, es lo peor que me ha pasado" (entrevista a la adolescente).

Luis: "...me pone nervioso ir al médico" (entrevista al adolescente); "desearía una buena salud, no estar enfermo" (técnica de los 10 deseos).

Las dificultades en la aceptación se manifestaron en siete pacientes, coincidiendo en ellos también la RE parcialmente funcional o con tendencia hacia la disfuncionalidad (Bryan, Lester, Rubén, Yilena, Carlos, Armando y Luis). Son adolescentes donde se conjugaron elementos de su personalidad en formación, siendo la ansiedad uno de los más importantes, con características del ambiente familiar y el modo en que ha enfrentado la enfermedad.

En ellos se evidenciaron vivencias negativas en relación con el padecimiento crónico, teniendo como núcleo varios aspectos: la percepción de ser diferentes a sus coetáneos; las preocupaciones, incertidumbres y temores alrededor de la enfermedad, así como las restricciones que esta impone, fundamentalmente lo relativo a la dieta, siendo la familia el mediador principal para su cumplimiento.

Precisamente, en cinco adolescentes se constató un incremento o agudización de los conflictos entre padres e hijo alrededor del cumplimiento de la dieta u otras indicaciones médicas (sujetos: Bryan, con una RE parcialmente funcional; Yilena, Carlos, Armando y Luis, con una RE con tendencia hacia la disfuncionalidad). Por tanto, determinados estilos educativos inadecuados se han agudizado ante el diagnóstico de la enfermedad, lo cual se revierte en su propia aceptación y las vivencias negativas que genera en los pacientes.

Por su parte, en los tres adolescentes con tendencia hacia la funcionalidad en su RE, esta constituyó un elemento de protección ante la enfermedad, constatándose su afrontamiento adecuado. En ellos se apreció la aceptación de la HTA, siendo un proceso favorecido por la actitud de la familia:

Familiar de Dania: "...al principio nos sentimos muy mal, pero ya lo hemos ido aceptando...lo más importante es ayudarla a que ella también lo acepte, a que cumpla todo lo que dice el médico y así lo vamos superando" (entrevista a la familia).

De manera general, el padecimiento crónico ha producido cambios en la dinámica emocional de los menores por una u otra vía. A su vez, en la relación de cada paciente

Capítulo 3

con su enfermedad ha influido el modo de regular las emociones que esta genera, siendo aspectos matizados por la familia.

Características de la personalidad en formación

Dentro de las principales variables individuales que pueden ser importantes para el proceso de RE en los adolescentes hipertensos, se enfatizó el estudio de la autoestima y la autovaloración. No obstante, se evidenciaron otras características de personalidad en formación como la ansiedad, la introversión, la inseguridad, la indecisión, el pesimismo y la baja percepción que poseen respecto a su capacidad de obtener éxito ante situaciones determinadas:

Familiar de Manuel: "...yo pensé que le afectaría, porque siempre ha sido muy nervioso, intranquilo..." (entrevista a la familia).

Dania: "...me gustaría cambiar de mí que soy un poco nerviosa, me preocupo a veces demasiado por las cosas" (entrevista a la adolescente); "soy nerviosa" (IPJ).

Familiar de Darío: "...siempre fue un niño introvertido" (entrevista a la familia)

Bryan: "...cuando estudio para un examen muchas veces pienso que voy a salir mal...que se me van a olvidar las cosas" (entrevista al adolescente).

Lester: "...quisiera ser un poco más inteligente, menos callado"; "...me siento bien como soy...lo que menos me gusta es que soy nervioso..." (entrevista al adolescente).

Familiar de Rubén: "...tiene miedo a equivocarse en todo, él no es para nada independiente, constantemente tengo que estarlo animando..."; "...siempre ha sido calladito, como tímido, le da pena todo" (entrevista a la familia).

Rubén: "soy nervioso" (IPJ); "no tengo confianza y seguridad en mí mismo" (IPJ).

Luis: "...quisiera ser menos alto...menos nervioso" (entrevista al adolescente).

Fueron características relevantes para la RE, especialmente en su vínculo con los procesos valorativos predominantemente inadecuados que presentaron los pacientes, así como en la selección y despliegue frecuente de estrategias evitativas e inhibitorias. Son adolescentes con potencialidades y capacidades intelectuales que garantizan su éxito en muchas de las actividades que así lo requieren, incluso, con experiencias previas de éxito ante las mismas; además, algunos de ellos cuentan con el apoyo de la familia, de

Capítulo 3

maestros y los propios coetáneos que les rodean. Sin embargo, se evidenció cómo se anticipan al fracaso en ocasiones, condicionado por una percepción de sí mismos centrada en los aspectos negativos y no en sus potencialidades para enfrentar exitosamente las diversas situaciones.

En aquellos pacientes con una RE parcialmente funcional o con tendencia hacia la disfuncionalidad, se apreciaron daños en su autoestima y/o autovaloración:

Lester: "...no soy bueno en la escuela, los otros son más inteligentes...quisiera ser un poco más inteligente, menos callado"; "me siento bien como soy...lo que menos me gusta es que soy nervioso...lo que más me gusta es que me gusta ayudar a los demás, soy bueno en los deportes, soy tranquilo" (entrevista al adolescente).

Carlos: "...quisiera ser de otra forma" (entrevista al adolescente).

Sin embargo, en todos los adolescentes con tendencia hacia la funcionalidad en su RE, se evidenció una autoestima alta y autovaloración adecuada, corroborado con puntuaciones altas en la mayoría de las dimensiones de la EAA, así como en las entrevistas:

Manuel: "...no quiero cambiar mi forma de ser, me gusta como soy" (entrevista al adolescente).

Dania: "...me gusta ser como soy, lo que más me gusta de mí es que soy recta, reservada cuando tengo que serlo, me gusta compartir con mis amigos" (entrevista a la adolescente).

Lester: "...no soy bueno en la escuela, los otros son más inteligentes...quisiera ser un poco más inteligente, menos callado"; "me siento bien como soy...lo que menos me gusta es que soy nervioso...lo que más me gusta es que me gusta ayudar a los demás, soy bueno en los deportes, soy tranquilo" (entrevista al adolescente).

Carlos: "...quisiera ser de otra forma" (entrevista al adolescente).

3.5.2. Análisis integrador del estudio de casos.

De acuerdo con los resultados anteriores, pudieron identificarse determinadas variables importantes para la RE de los adolescentes hipertensos. De entre todas las relaciones interpersonales analizadas, aquellas establecidas con la familia y con los iguales se mostraron como las más relevantes para la funcionalidad del proceso.

Capítulo 3

Teniendo en cuenta la familia, se evidenció su significación como modelo de formas de regulación, así como la importancia del ambiente familiar afectivo, siendo vías principales de influencia en la RE del menor, coincidiendo con otros autores que enfatizan estos elementos (Allen & Miga, 2010; Bariola, Gullone & Hughes, 2011; Hilt et al., 2011; Jhon & Gross, 2004; Sheffield et al., 2007; Zeman et al., 2006).

Las exigencias que se les plantean a los adolescentes favorecieron la funcionalidad de su RE, cuando se correspondieron con su sistema de necesidades, capacidades, intereses y motivos, tales como los vinculadas con el estudio, la relación con los coetáneos y la diversión. Cuando no sucedió de esta manera, las exigencias generaron vivencias negativas, considerando la presencia de ansiedad como característica de personalidad en formación en la mayoría de los pacientes, así como las dificultades en la autovaloración.

También se identificaron eventos potencialmente psicopatógenos que afectan a los adolescentes, coincidiendo con estudios anteriores donde los estilos educativos inadecuados, el divorcio de los padres y los conflictos, entre otros, se han constatado en una parte importante de las familias (Balsa, 2012b; Padilla, 2008; Pedraza, 2009; Pérez, 2006; Suazo, 2010).

Por otro lado, cuando la presencia de la familia como mecanismo externo limitó la autonomía del adolescente y el desarrollo y despliegue de mecanismos internos de RE, también interfirió en el proceso. No obstante, a pesar de tales situaciones, las muestras de afecto, la comunicación adecuada y la preocupación de los familiares hacia el menor, constituyeron elementos favorecedores de la RE, especialmente como fuente de apoyo social.

Junto con la familia, las relaciones con los iguales constituyeron otra fuente importante de apoyo social en aquellos pacientes que presentaron una relación de amistad como mínimo, siendo uno de los principales elementos propiciadores de la RE funcional. Por su parte, la no tenencia de amigos o de un grupo de pertenencia, así como el rechazo de los coetáneos, se evidenció como un factor que incidió negativamente en la RE y el bienestar, aspecto que es destacado por la mayoría de los autores que abordan el tema (Abarca, 2003; Allen & Miga, 2010; Domínguez, 2003; González et al., 2002; Hilt et al., 2011).

Capítulo 3

En lo relativo al contexto escolar, dentro de las situaciones que provocaron vivencias negativas frecuentes se encontraron los exámenes, reflejándose dificultades en gran parte de los pacientes para regular su ansiedad ante estos. Son resultados que coinciden con otros estudios realizados anteriormente con menores hipertensos (Pérez, 2006; Padilla, 2008; Pedraza, 2009; Suazo, 2010).

En la ansiedad ante los exámenes pueden influir múltiples factores, vinculados con la personalidad del alumno (donde destaca la ansiedad rasgo), del propio maestro y el régimen escolar, entre otros (Bausela, 2005). En el caso de los pacientes estudiados, dependió en gran medida de las exigencias familiares alrededor de estas situaciones, en interacción con las características individuales del adolescente, tales como la ansiedad, la subvaloración y su capacidad para regularse emocionalmente.

Los resultados anteriores reflejaron una parte de las vivencias que los pacientes presentaron, vinculadas con los contextos familiar, escolar y de relaciones con los iguales, siendo relevantes para la regulación emocional en uno u otro sentido. En este momento del análisis resulta necesario destacar un hecho significativo que se encuentra matizando no solo las vivencias del adolescente hipertenso, sino su vida de forma general: el padecimiento de la hipertensión arterial esencial.

Teniendo en cuenta los factores que pueden incidir en el impacto de la enfermedad crónica para el niño o el adolescente (Rodríguez, 1997; Lorenzo et al., 2005) y de acuerdo con los resultados del estudio de casos, se puede afirmar que esta repercusión alcanza un matiz peculiar en la adolescencia, donde la conciencia del padecimiento debe irse integrando en el autoconcepto del menor, como algo que se tendrá para toda la vida. Evidentemente, en los pacientes estudiados la enfermedad ha significado un impacto emocional importante, coincidiendo con otras investigaciones (Balsa, 2012b; Padilla, 2008, Pedraza, 2009; Pérez, 2006; Pérez y Guerra, 2014a). A partir de su diagnóstico, se han debido asumir cambios en el estilo de vida y en comportamientos cotidianos, con

Capítulo 3

limitaciones no solamente en la dieta sino también para la práctica de determinados deportes y ejercicios físicos.

En el análisis realizado, se constató un proceso de aceptación de la enfermedad de manera distinta en cada paciente. Es un proceso que dependió del sentido que esta presenta para el menor, generándose vivencias negativas en mayor o menor medida a raíz del diagnóstico. Involucró de manera importante el papel de la familia, sobre la base de su capacidad para enfrentar un evento de esta índole, que puede constituir una situación de crisis indudablemente (Lorenzo et al., 2005; Louro y Serrano, 2010; Quiñones et al., 2005).

Aunque no fue el único elemento, resultó esencial el modo en que la familia apoya al adolescente en este proceso y logra equilibrar las exigencias del tratamiento con las necesidades (especialmente de autonomía) y la responsabilidad del menor. Principalmente la familia puede contribuir con el conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte del paciente, más aún durante esta etapa evolutiva por la que transitan, elemento que se puso de manifiesto de una u otra forma. Por supuesto, son elementos que se vinculan con la propia capacidad familiar para afrontar la crisis que representa una enfermedad crónica en el adolescente, aspectos que han sido investigados (González y Lorenzo, 2012; Louro y Serrano, 2010) y que pueden constituir el centro de atención en futuras investigaciones con los adolescentes hipertensos.

Autores como Roca (1999), Rodríguez, Pastor y López (1993) y San Martín y Barra (2013), han planteado la importancia del apoyo social para el bienestar de las personas y para el afrontamiento de situaciones difíciles, cuestión que adquiere mayor relevancia en los sujetos con enfermedades crónicas, como es el caso de estos adolescentes. Por tanto, las dificultades encontradas en las relaciones con la familia y el grupo de iguales, pueden presentar un impacto mayor en ellos por las necesidades que presentan.

De esta manera, la relación entre la hipertensión y la RE se apreció de manera bidireccional. Las dificultades en la RE incidieron en el bienestar emocional de los menores, incrementando su vulnerabilidad ante la enfermedad; a su vez, esta última

Capítulo 3

condicionó cambios en su funcionamiento emocional.

El impacto de la HTA para cada paciente también dependió de su personalidad en formación, en interrelación con la influencia social abordada. Resaltaron dos características individuales: la ansiedad y la subvaloración. Si bien no puede afirmarse que están establecidas porque se manifiestan en un sujeto que se encuentra en pleno desarrollo, estas constituyeron tendencias que se apreciaron en los pacientes y que presentaron importancia para el proceso de RE.

En el caso de la ansiedad, los resultados coincidieron con estudios previos donde se ha constatado su presencia como característica que distingue los niños y adolescentes hipertensos de los normotensos (Balsa, 2012b; Padilla, 2008, Pedraza, 2009; Pérez, 2006; Pérez y Guerra, 2014a). En los adolescentes estudiados, la ansiedad se encontró en la base de procesos valorativos inadecuados, condicionando vivencias negativas y la atribución de significados a diversas situaciones que son evaluadas e interpretadas como amenazantes o de manera negativa.

Por otro lado, también se evidenció el rol que la autoestima y la autovaloración presentaron en la tendencia funcional del proceso de RE. En aquellos pacientes con dificultades en estas formaciones, se constató la tendencia al empleo de estrategias de inhibición y evitación, coincidiendo con estudios previos donde se ha vinculado el autoconcepto bajo con el mayor uso de dichas estrategias (Gaeta y Martín, 2009; Hsieh 2010).

Sin embargo, en los adolescentes con una autoestima alta y autovaloración adecuada, estas influyeron positivamente en el significado que adquiere cada situación para el menor y cómo es vivenciada, siendo formaciones que facilitan la RE cuando se han estructurado adecuadamente (Gaeta y Martín, 2009; Fantín, Florentino y Correché, 2005). Precisamente, en estos pacientes favorecieron estrategias de RE dirigidas hacia los demás, activas, de afrontamiento al problema y expresivas, entre otras, sobre la base de la percepción y confianza en las propias capacidades y posibilidades para actuar sobre la situación.

Capítulo 3

Por otro lado, en la interfuncionalidad de los diversos procesos psicológicos implicados en la regulación del comportamiento, formaciones como la autoestima y la autovaloración juegan un papel fundamental, hecho que se constató en los adolescentes hipertensos con una tendencia hacia la funcionalidad en su RE.

En ellos se apreciaron metas importantes con diferente grado de proyección vinculadas con el estudio, la relación con los iguales, la familia, el deporte, la diversión y la propia salud. La comprensión por parte del adolescente de sus emociones y cómo pueden influir en el cumplimiento de tales metas, indudablemente se constituye en un mecanismo favorecedor del uso estratégico, flexible y contextualizado de estrategias para regular dichas emociones. Son elementos que se vieron favorecidos por la familia y/o los coetáneos, en interrelación con las características personales de cada paciente.

Los aspectos analizados hasta el momento pudieran constituir peculiaridades típicas de una etapa evolutiva como la adolescencia; sin embargo, estas adquieren una connotación distinta en el adolescente hipertenso, por la presencia de una enfermedad con carácter crónico. La realidad de los sujetos estudiados indica la existencia de características psicológicas que pueden estar incrementando la vulnerabilidad ante la enfermedad, donde resalta la regulación emocional y su tendencia disfuncional.

Análisis integrador de los resultados.

Los resultados mostrados corroboran la complejidad que presenta el estudio de las emociones y su regulación, más aún en adolescentes que padecen una enfermedad crónica como la HTA. A pesar de ello, el abordaje integrador del fenómeno posibilitó la comprensión del proceso de regulación emocional en estos menores, así como la identificación de los elementos con mayor implicación en su funcionalidad.

La regulación de las emociones displacenteras presentó una tendencia hacia la disfuncionalidad en la mayoría de los pacientes estudiados. Dicha tendencia se constató en dos formas fundamentales, que presentaron como indicador común la presencia de ansiedad. La primera de ellas, tuvo lugar en los adolescentes donde predominaron

Capítulo 3

estrategias de RE evitativas y rígidas, destacándose la supresión emocional. En ellos se manifestó con mayor frecuencia la ansiedad, combinándose con la tristeza. En la segunda, resaltó la expresión de las emociones pero de forma descontrolada, impulsiva y explosiva, observándose la ansiedad y la ira como emociones displacenteras más predominantes.

No obstante, se evidenció la mayor implicación de las estrategias de carácter evitativo y rígido para el proceso de RE, siendo la supresión emocional la más frecuente en los adolescentes hipertensos estudiados.

La supresión emocional combinada con la rumiación, entre otras estrategias, se ha encontrado asociada con mayores índices de ansiedad (Dennis, 2007; Gantiva et al., 2010), pudiendo tener en su base la tendencia inhibitoria de las emociones como ocurre en los pacientes. También la supresión emocional puede estar condicionando en ellos la discordancia encontrada entre los tres sistemas de respuesta de esta emoción.

De esta manera, se coincide con varios autores (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz Ovejero, 1999; Goldin et al., 2008; Gross y Levenson, 1993; Molerio, 2004; Porro et al., 2012) cuando plantean la implicación de la supresión emocional en la activación mayor o no controlada del sistema fisiológico, relacionándose con un número importante de problemas de salud (Aldao et al., 2010; Butlera, Gross & Barnard, 2013; Cano-Vindel et al., 1999; Goldin et al., 2008; Gross & Thompson, 2007; Lalot et al., 2014; Larsen et al., 2013).

La supresión emocional puede disminuir el comportamiento y la experiencia vinculados con la emoción displacentera, pero incrementa o intensifica respuestas fisiológicas. De modo general, no solo se ha asociado con la excesiva activación somática, sino con resultados que afectan el bienestar psicológico y el propio despliegue de otras estrategias de regulación (Porro et al., 2012). Por tanto, la supresión emocional dentro del proceso de RE del adolescente hipertenso, puede significar un factor de riesgo importante para la HTA y su salud en general.

Precisamente, sobre la base de estas estrategias desplegadas, se evidenció la ansiedad como la emoción de mayor importancia para la funcionalidad de la RE, adoptando varias

Capítulo 3

vías de incidencia. Además de combinarse con las otras emociones displacenteras, pudo apreciarse la ansiedad como característica de personalidad en formación en más de la mitad de los pacientes, repercutiendo en la funcionalidad de estrategias usualmente adaptativas, así como en otros indicadores del proceso de regulación como la comprensión emocional.

Por otro lado, también se identificó un grupo menor de pacientes que presentaron una RE con tendencia hacia la funcionalidad, donde esta constituye un factor protector ante la enfermedad. En ellos se combinan los indicadores del proceso de tal manera, que posibilitan un despliegue más flexible de estrategias, contribuyendo con una experiencia y expresión de las emociones displacenteras de manera funcional.

Las relaciones con la familia y con el grupo de iguales se mostraron relevantes para la funcionalidad de la RE, constituyendo una fuente esencial de apoyo social e influyendo en formaciones como la autoestima y la autovaloración, que resultaron importantes en el significado que adquiere cada situación para el menor y el despliegue de estrategias de RE expresivas y contextualizadas.

De modo general, los resultados alcanzados posibilitaron adentrarse en la RE de los pacientes. La mayoría se caracterizó por un repertorio de estrategias poco adaptativas, donde resaltó la supresión emocional, sobre la base de dificultades en la comprensión emocional. La ansiedad constituyó la emoción con mayor implicación en la funcionalidad del proceso, en interrelación con dichas estrategias.

La RE disfuncional distinguió a los adolescentes hipertensos, convirtiéndose en una variable que puede incrementar su vulnerabilidad ante la HTA esencial, en la medida que afecta su funcionamiento, bienestar emocional y el propio afrontamiento de la enfermedad. La caracterización del proceso de RE que se ha realizado, permitió identificar necesidades de atención psicológica que ellos presentan, debiéndose potenciar una mayor funcionalidad de la RE, considerando su rol como elemento de riesgo y protección ante este padecimiento.

Capítulo 3

Las experiencias emocionales complejas que se evidenciaron en los menores, requieren potenciar habilidades que posibiliten atender a las propias emociones e identificarlas. Sobre esta base, resalta la utilidad de estimular estrategias de RE adaptativas, de manera selectiva y flexible, especialmente aquellas que impacten en los momentos iniciales del proceso emocional y contribuyan con la disminución de los procesos valorativos inadecuados.

Igualmente, las estrategias vinculadas con la distracción de la situación o la propia experiencia emocional, resultan esenciales junto a las anteriores, de acuerdo a las peculiaridades identificadas en los adolescentes hipertensos. En primer lugar, contribuirían a disminuir la focalización rígida, repetitiva presente en forma de rumiaciones, como estrategia de RE frecuente. En segundo lugar, favorecerían la reducción del impacto que determinadas situaciones presentan para los pacientes, como los exámenes y las vinculadas con el ambiente familiar, pudiendo lograrse disminuir la intensidad de la experiencia emocional.

La utilización de estrategias que posibiliten la descentración de la situación y/o la emoción displacentera, al menos de forma parcial o en determinados momentos del proceso emocional, también puede contribuir con la adaptabilidad de estrategias directas y aproximativas, como la planificación y resolución de problemas.

Desde el punto de vista de las estrategias de expresión emocional, los adolescentes necesitan mayores habilidades para expresar sus emociones, de manera flexible y asertiva, que puedan contribuir con la disminución de aquellas estrategias inhibitorias y/o de expresión no regulada.

Igualmente, la estimulación de las habilidades sociales, de la autoestima y autovaloración adecuada en los pacientes, se convierte en un elemento central que debe acompañar cualquier cambio en relación con la RE, teniendo en cuenta los resultados alcanzados. Ello puede favorecer las relaciones interpersonales, contribuyendo con la obtención de un mayor apoyo social por parte del menor, así como un enfrentamiento más seguro de las diversas demandas, correspondientes con su SSD.

Todas estas constituyen necesidades de atención psicológica, donde resulta indispensable incorporar a la familia, no sólo por su rol importante en el desarrollo y

Capítulo 3

expresión de la RE del adolescente hipertenso, sino también en su relación con la enfermedad. Por su parte, el personal médico también puede contribuir en este último aspecto, siendo necesario su integración dentro de las estrategias de atención a los menores.

Son todos elementos que resultan útiles para su atención psicológica, para potenciar una mayor funcionalidad de la regulación de sus emociones displacenteras fundamentalmente, considerando su rol como elemento de riesgo y protección ante la enfermedad.

CONCLUSIONES

- Los adolescentes con hipertensión arterial esencial se caracterizaron por una regulación emocional con tendencia hacia la disfuncionalidad, teniendo como base las dificultades en la comprensión emocional y el empleo de estrategias poco adaptativas.
- Los pacientes se distinguieron de los adolescentes normotensos por la presencia de ansiedad, tristeza e ira, destacándose la primera de estas emociones displacenteras por sus niveles de activación fisiológica.
- La comprensión emocional de los adolescentes hipertensos se vio afectada por la complejidad de su experiencia emocional, donde se combinan dos o más emociones, displacenteras, limitándose la capacidad del menor para identificarlas y entenderlas.
- Las estrategias de regulación emocional en los pacientes se caracterizaron por la frecuente utilización de la supresión emocional, la evitación, la rumiación, el aislamiento social y la expresión emocional no regulada, así como el empleo poco frecuente de la distracción, el apoyo social y estrategias directas y aproximativas.
- La ansiedad resultó la emoción displacentera más frecuente, relacionado con el predominio de la supresión emocional como estrategia de regulación. Ambos constituyeron los indicadores más importantes en la tendencia disfuncional que presentó la regulación emocional en los adolescentes hipertensos.
- En aquellos pacientes con una regulación emocional con tendencia hacia la funcionalidad, se constató la ausencia de valores extremos negativos en cuanto a la comprensión emocional y las tres emociones displacenteras evaluadas, siendo más frecuentes en ellos las estrategias de distracción y expresión emocional.
- Los resultados del estudio de casos posibilitaron identificar la familia como la influencia más importante para la regulación emocional. Junto a la familia, los coetáneos constituyeron fuente principal de apoyo social, donde la relación de amistad favoreció la funcionalidad de la RE.

Conclusiones

- De acuerdo con estos resultados, la ansiedad, la baja autoestima y la subvaloración se encontraron en la base de procesos valorativos inadecuados en los adolescentes hipertensos, entorpeciendo el despliegue de estrategias de regulación emocional adaptativas.
- La hipertensión arterial esencial ha condicionado en los pacientes cambios en su funcionamiento emocional, a la par que las dificultades en la regulación emocional han incidido en su bienestar emocional, incrementando la vulnerabilidad ante la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Considerando la novedad y actualidad del tema de la regulación emocional y sus implicaciones como elemento de protección y riesgo ante la enfermedad en los adolescentes hipertensos, se recomienda continuar las investigaciones que permitan ampliar el conocimiento de variables que pueden influir en su funcionalidad.
- Divulgar los resultados de la investigación en revistas y eventos científicos nacionales, en particular los instrumentos validados en el marco de la misma, para que puedan ser incorporados por nuestros profesionales en su trabajo, como parte del diagnóstico psicológico en los adolescentes.
- Divulgar los resultados obtenidos entre el personal médico del servicio de Cardiología del Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Villa Clara y los psicólogos del Servicio de Psicología en dicha institución, de tal manera que se contribuya con estrategias tempranas de diagnóstico y tratamiento integrales, que incluyan la regulación emocional entre los principales focos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, M. (2003). *La Educación Emocional Primaria: Currículo y Práctica*. (tesis de doctorado), Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/42457>.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 493-501. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.004.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review [en línea]*, 30(2), 217–237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Alfonzo, J. P. (2010a). *Controlar su hipertensión*. La Habana: Científico-Técnica.
- Alfonzo, J. P. (2010b). *Hipertensión arterial en la atención primaria de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Alonso, A. (2004). *Validación de una metodología para el diagnóstico psicológico de niños y adolescentes, de 9 a 12 años, con hipertensión arterial*. (trabajo de diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Álvarez, J. L., Terrero, O., Díaz, J. y Ferrer, M. (2010). Exceso de peso corporal e hipertensión arterial en adolescentes de secundaria básica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100004&lng=es.
- Allen, J. P. & Miga, E. M. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 181–190. doi: 10.1177/0265407509360898
- Andrade, H., Antonio, N., Rodrigues, D., Da Silva, M., Pego, M. & Providencia, L. A. (2010). Hipertensão arterial sistêmica em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(3), 413-432. Recuperado de <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1177.pdf>.
- Andrés, A., Velasco, D. Y., Parra, M., Padilla, C. y Peña, L. (2013). *Hipertensión Arterial y Factores Asociados en Pacientes Adolescentes*. Holguín. Hospital Pediátrico "Octavio de la Concepción y la Pedraja", Holguín. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/42%20-%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial%20y%20Factores%20Asociados%20en%20Pacientes.pdf>.
- American Psychological Association (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>.
- Arés, P. (2002). *Psicología de la Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Félix Varela.
- Arranz, E. C. (2004). *Familia y Desarrollo Psicológico*. Madrid: Pearson Educación.
- Ato, E., González, C. y Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de psicología*, 20(1), 69-79. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/07-20_1.pdf.
- Ávila-Toscano, J. E., Hoyos, S. L., González, D. P., y Cabrales, A. (2011). Relación entre ansiedad ante los exámenes, tipos de pruebas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 255-268. Recuperado de <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/278/269>.

- Balsa, A. (2012a). Emociones e hipertensión arterial, peculiaridades en la edad pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría [en Internet]*, 84(1), 73-79. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5312012000100008&lng=es.
- Balsa, A. (2012b). *Programa de intervención psicológica para potenciar la regulación emocional en escolares con hipertensión arterial*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas", Santa Clara.
- Balsa, A. y Barreiro, Y. (2009). *Programa psicoeducativo para mejorar la salud de escolares hipertensos*. (trabajo de diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Editorial Akal.
- Bariola, E., Gullone, E. & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14(2), 198-212. doi: 10.1007/s10567-011-0092-5.
- Barret, K. & Campos, J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 555-578). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Bausela, E. (2005). Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. *Educere (Revista Venezolana de Educación)*, 9(31), 553-557. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-49102005000400017&script=sci_arttext.
- Bedregal, P. (1994). Enfermedades crónicas en la infancia. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23, 41-44. Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_10.html.
- Bisquerra, R. (2012). Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. *Avances en Supervisión Educativa*(16), 1-11. Recuperado de http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=448&Itemid=465.
- Boden, M. T., Westermann, S., Mcrae, K., Kuo, J., Alvarez, J., Kulkarni, M. R., . . . Bonn-Miller, M. O. (2013). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296-314. Recuperado de <http://spl.stanford.edu/pdfs/2013%20Boden%20JSCP.pdf>.
- Bonanno, T.J. (2001). Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current, Issues and future directions* (pp.251-285). New York: The Guilford Press.
- Bower, G.H. & Forgas, J.P. (2001). Mood and social memory. In: J.P. Forgas (Ed.). *Handbook of affect and social cognition*. (pp. 95-120). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bozhovich, L. I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Brunner, M. T. & Spielberger, Ch. D. (2009). State-Trait Anger Expression Inventory-II Child and Adolescent (STAXI-II/CA) professional manual. U.S.A.-Psychological Assessment Resources, Inc (PAR).
- Butlera, E. A., Gross, J. J. & Barnard, K. (2013). Testing the effects of suppression and reappraisal on emotional concordance using a multivariate multilevel model. *Biological Psychology*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.09.003>.
- Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. Biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 229-248). New York: Guilford Press.

- Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, B., Ramal, J. y Alemán, S. (2001). Diferencias en ansiedad, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y estrés*, 27(2-3), 203-213.
- Camodeca, M. & Rieffe, C. (2013). Validation of the Italian Emotion Awareness Questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 10(3), 402-409. doi: 10.1080/17405629.2012.694609.
- Campos, J., Campos, R. & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402. doi: 10.1037/0012-1649.25.3.394.
- Campos, J., Mumme, D., Kermoian, R. & Campos, R. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 284-303. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01289.x.
- Campos, J. J. & Barrett, K. C. (1984). Toward a new understanding of emotions and their development. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior* (pp. 229-263). New York: Cambridge University Press.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velazco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*(82), 25-44. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N82-2.pdf>.
- Cangas, S. R., Hernández, S., García, A., Prat, I. y González, M. (2011). Pesquisaje de hipertensión arterial en los adolescentes *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 5(1), 103-115. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000100009&script=sci_arttext.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121. ISSN: 1134-7937.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión de las emociones: Relaciones con salud y enfermedad. In E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 69-90). Barcelona: Ariel.
- Capella, C. y Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión: nociones evolutivas y clínica psicopatológica *Revista Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 22(2), 155-168. Recuperado de www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202011-2.pdf.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-23. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vemnumero.asp?id=1281>.
- Cárdenas, L. (2011). *Programa de acciones psicoeducativas para la educación de escolares hipertensos ante factores de riesgos de la hipertensión arterial*. (trabajo de diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C. & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360. Recuperado de <http://www.sp.upcomillas.es/sites/corporativo/Documentos%20de%20la%20Uninpsi/Procesos%20Mentales/REGULACION%20COGNITIVA%20DE%20EMOCIONES%20GATIVAS.pdf>.
- Casey, B. J., Jones, R. M., Levita, L., Libby, V., Pattwell, S. S., Ruberry, E. J., . . . Somerville, L. H. (2010). The storm and stress of adolescence: Insights from human imaging and mouse genetics. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 225-235. doi: 10.1002/dev.20447.

- Casullo, M. M. y Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49. Recuperado de www.psicothema.com/psicothema.asp?id=733.
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V. y Delgado, A. P. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como una herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Revista Suma Psicológica*, 12(2), 157-173. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2567519.pdf>.
- Clemente, R. A. y Adrián, J. E. (2004). Evolución de la regulación emocional y competencia social. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VII(17-18). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022608105/texto.html>.
- Cole, P. M., Martin, S. & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317-333. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x.
- Cole, P. M., Michel, M. K. & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-102. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x.
- Colunga, C. (2004). Algunos factores psiosociales en la hipertensión arterial. En J. Z. P. Carrillo, J. E. G. d. A. García & S. F. Reyes (Eds.), *Hipertensión Arterial en la Clínica* (pp. 309-322). México: México.
- Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública de Cuba (2006). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial 2006. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- Company, R., Oberst, U. y Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*(104), 7-36. Recuperado de www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-1.pdf.
- Costa, J. V., Moura, I., Carvalho, R. B. N., Bernardes, L. E. y Almeida, P. C. (2012). Análisis de los factores de riesgo para hipertensión arterial en adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2). Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_11.pdf.
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465598/pdf/53.pdf>.
- Cuervo, A. e Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*(2), 35-47. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3865523.pdf>.
- Chen, W., Srinivasan, S. R., Ruan, L., Mei, H. & Berenson, G. S. (2011). Adult Hypertension Is Associated With Blood Pressure Variability in Childhood in Blacks and Whites: The Bogalusa Heart Study. *Am J Hypertens*, 24(1), 72-82. doi: 10.1038/ajh.2010.176.
- Chiesa, A., Serretti, A. & Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical Psychology Review*, 33, 82-96. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>.
- Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: su relación con la sensibilidad a la ansiedad y otras emociones negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 61-70. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2002-53A3F102-4709-9C17-ADA8-17AD4A9B2445&dsID=PDF>.

- Chu, P. S., Saucier, D. A. & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624-645. doi: 10.1521/jscp.2010.29.6.624.
- de Oliveira, M. L., Carreiro Soares, P. L., Leite, E. S. & Saldanha, R. C. (2013). Hypertension in children and adolescents: a systematic review about prevalence and risk factors. *Journal of Nursing UFPE (on line), 7*(8), 5313-5322. doi: 10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201332.
- Del Barrio, V., Anton, A. & Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences, 37*, 227-244. doi: 10.1016/j.paid.2003.08.014.
- Delfin, M. (2012). *Aportes al estudio de la hipertensión arterial en Cuba* (tesis de doctorado), Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana. Recuperado de <http://revistas.mes.edu.cu/greenstone/collect/repo/import/repo/20120301/9789591615947.pdf> (ISBN 978-959-16-1594-7).
- Dennis, T. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion, 31*(3), 200-207. doi: 10.1007/s11031-007-9069-6.
- Díaz, A. (2005). Subjetividad: una perspectiva histórico-cultural. Conversación con el psicólogo cubano Fernando González Rey. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 4*(3), 373-383. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n3/v4n3a11.pdf>.
- Dodge, K. & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber and K. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 3-11). New York: Cambridge University Press.
- Domínguez-Alonso, E. y Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México, 53*(supl. 2). ISSN: 0036-3634.
- Domínguez, L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
- Donas, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. In S. D. Burak (Ed.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (Segunda versión preliminar ed., pp. 489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Doroteia, S., Matos, A., Magalhães, T., Martins, V., Ricardo, L. & Almeida, H. (2012). Prevalence of hypertension in Portuguese adolescents in Lisbon, Portugal. *Rev Port Cardiol, 31*, 789-794. Recuperado de <http://www.elsevier.pt/en/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo/prevalence-of-hypertension-in-portuguese-adolescents-in-lisbon-90169400>.
- Dueñas, A., De la Noval, A. y Armas, N. (2012). *Programa para la prevención, detección, manejo y control de la hipertensión arterial. Manual para la educación del paciente hipertenso. Entrenamiento al personal de salud*. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnico-asesora para la Hipertensión Arterial.
- Erber, R. & Erber, M.W. (2000). The self-regulation of moods: Second thoughts on the importance of happiness in everyday life. *Psychological Inquiry, 11*, 142-148.
- English, T., John, O. P., Srivastava, S. & Gross, J. J. (2012). Emotion Regulation and Peer-Rated Social Functioning: A Four-Year Longitudinal Study. *J Res Pers., 46*(6), 780-784. doi: 10.1016/j.jrp.2012.09.006.

- Ertl, M., Hildebrandt, M., Ourina, K., Leicht, G. & Mulert, C. (2013). Emotion regulation by cognitive reappraisal — The role of frontal theta oscillations. *NeuroImage*, 81, 412-421. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.044>.
- Espinosa, R., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2012). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Cardiovascular*, 29(2), 44-49. doi: 10.1016/j.hipert.2011.12.002.
- Falkner, B. (2010). Hypertension in children and adolescents: epidemiology and natural history. *Pediatric Nephrology* 2010, 25(7), 1219-1224. doi: 10.1007/s00467-009-1200-3.
- Falkner, B. & Gidding, S. (2011). Childhood Obesity and Blood Pressure: Back to the Future? *Hypertension*, 58(5), 754–755. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.180430.
- Fantín, M. B., Florentino, M. T. y Correché, M. S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6(11), 163-180.
- Fariñas, G. (2003). Aprendizaje y personalidad desde una perspectiva de investigación. En Colectivo de Autores, *Pensando en Personalidad. Tomo I* (pp. 318-336). La Habana: Félix Varela.
- Feldman, L., Mesquita, B., Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2007). The Experience of Emotion. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 373–403. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085709.
- Fernández, J. y Edo, S. (1994). Emociones y Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61117/88851>.
- Fernández, L. (2003). Consideraciones en la comprensión de la personalidad. En L. Fernandez, *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas* (pp. 294-328). La Habana: Félix Varela.
- Fernández-Abascal, E., Martín, D. y Domínguez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1115.pdf>.
- Fernández-Abascal, E. G. (2009). *Emociones Positivas*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Fernández-Abascal, E. G. y Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. (Tesis Doctoral), Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de: www.tdx.cat/bitstream/10803/2534/2/01.AFM_INTRO.pdf.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Suedan, A. E. (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. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/08-21_1.pdf.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. Recuperado de <http://www.unc.edu/peplab/publications/Fredrickson%201998.pdf>.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist online*, 91(4), 330-335. doi: 10.1511/2003.4.330.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gaeta, M. L. y Martín, P. (2009). Estrés y adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Revista de Humanidades*(15), 327-344. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3074506.pdf>.
- Gantiva, C. A., Luna, A., Dávila, A. M. y Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(1), 63-70. Recuperado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/195/170>.
- García, A. (2003). *Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Marzo, J. C. y Estévez, E. (2011). Inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23(2), 301-307. Recuperado de www.psicothema.com/pdf/3886.pdf.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., Espinosa, R., Fortún, M. y Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33(3), 203-298. doi: 10.1038/hr.2009.210.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669. doi: 10.1016/j.paid.2005.12.009.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149. doi: 10.1027/1015-5759.23.3.141.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative Life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum, M. & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in early adolescents: The development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(1), 1-9. doi: 10.1007/s00787-006-0562-3.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Tabora, M., Ruiz, N. y Francis, L. J. (2009). Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5(1), 37-46. Recuperado de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_9/vol.5no.1/articulo_3.pdf.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde El Caribe*, 20, 50-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>.
- Ge, X. & Natsuaki, M. N. (2009). In search of explanations for early pubertal timing effects on developmental psychopathology. *Current Directions in Psychological Scienc*, 18(6), 327-331. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01661.x .
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 23(1), 20-28. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.20.

- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. & Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.05.031.
- Gómez, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305.
- González, D. J. (1978). *El registro de la actividad y el método directo*. La Habana: Universitaria.
- González, F. L. (1998). La cuestión de la subjetividad en un marco histórico - cultural. *Revista* 2(3). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v2n3/v2n3a03.pdf>.
- González, F. L. (2007). Instrumentos de evaluación infantil. En *Instrumentos de evaluación psicológica* (pp. 289-383). La Habana: Ciencias Médicas.
- González, F. L. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. (II), 19-42. Recuperado de www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/articulo/.../1565/2036.
- González, F. y Mitjáns, A. (1989). *La Personalidad. su educación y desarrollo*. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González, I. y Lorenzo, A. (2012). Propuesta teórica del estrés familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 416-432.
- González, R., Llapur, R., Jiménez Hernández, J. M. y Sánchez, A. (2012). Percepción de los médicos de atención primaria de salud sobre el riesgo de hipertensión arterial en la infancia. *Revista Cubana de Pediatría (on line)*, 84(2), 155-164. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000100007&lng=es&nrm=iso.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368. Recuperado de http://www.susalud.com/memorias_prestadores/factores_hta_cont_no_cont.pdf.
- Gratz, K. L. & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35. doi: 10.1016/j.beth.2005.03.002.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognit Ther Res*, 34(6), 544-553. doi: 10.1007/s10608-009-9268-4.
- Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316-326. doi: 10.1037/a0022144.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. (2013). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med*, 1-14.

- Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2013). Emotion Regulation as a Mechanism of Change in Acceptance- and Mindfulness-based Treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change* (pp. 1-31). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Grau, J., Infante, O. y Díaz, J. A. (2012). Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 83-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80125017008.pdf>.
- Graziano, P., Reavis, R., Keane, S. & Calkins, S. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45(1), 3-19. doi: 10.1016/j.jsp.2006.09.002.
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit Revista de Psicología*, 16(1), 81-93.
- Greco, C., Morelato, G. e Ison, M. (2006). Emociones Positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Revista Anual Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad. Universidad de Palermo, suplemento especial*, 81-94.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation. An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. Recuperado de <http://spl.stanford.edu/pdfs/1998%20Review%20of%20General%20Psychology%20-%20Emerging%20Field%20of%20Emo.%20Reg..pdf>.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573. Recuperado de <http://spl.stanford.edu/pdfs/1999%20Cognition%20and%20Emotion%20-%20Emo.%20Reg.%20Past,%20Pres.,%20Future%20.pdf>.
- Gross, J. J. & Levenson, R. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *JPers Soc Psychol*, 64(6), 970-986.
- Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
- Gross, J. J., Richards, J. M. & Jhon, O. P. (2006). Emotion regulation in every life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families. Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washibgton, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations (in press). In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (Vol. 3, pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J. & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 567-574. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x.
- Gyurak, A., Gross, J. J. & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and Emotion*, 25(3), 400-412. doi: 10.1080/02699931.2010.544160.
- Hammerton, G., Harold, G., Thapar, A. & Thapar, A. (2013). Depression and blood pressure in high-risk children and adolescents: an investigation using two longitudinal cohorts. *MJ Open*, 3(9), 3-26. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003206.
- Hernández-Sampieri, R., Hernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación (4ta ed.)*. México D. F.: Mc.Graw-Hill.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 19(2), 347-372. ISSN: 1132-9483.

- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones.html>.
- Hilt, L. M., Hanson, J. L. & Pollak, S. D. (2011). Emotion Dysregulation. In *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 3, pp. 160-169). USA: Elsevier Inc. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00112-1.
- Hsieh, M. (2010). *The relations among emotion regulation strategies, self-concept, and adolescents' problem behaviors*. Recuperado de <http://udini.proquest.com/view/the-relations-among-emotion-goid:598289798/>.
- Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363-370. doi: 10.1177/1754073910374661.
- James, W. (1981). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in Adolescence: A Psychosocial framework for understanding and action. *J. Adol. Health*, 12(8), 597-605. Recuperado de http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Jessor_JAH_RiskBehaviorinAdolescence.pdf.
- Jódar, R., Núñez, J. P. y Pitillas, C. (2004). Propuesta de un modelo teórico de regulación cognitiva de emociones negativas. La regulación emocional como variable moduladora de los efectos de la emoción sobre la memoria. En E. B. Heredia, M. C. Montañés, E. C. Chirivella, E. J. C. Vayá, C. C. Agulló & C. G. Iñiguez (Eds.), *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica* (pp. 401-410). Valencia: Fundación Universidad-Empresa de Valencia, ADEIT.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life-Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x.
- Kay, C. (2011). *A Longitudinal Examination of Children's Emotion Regulation Problems, Negative Parenting Behaviors, and the Development of Internalizing Behavior Problems* (tesis de doctorado), University of Michigan, Michigan. Recuperado de http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/86445/ckfan_1.pdf?sequence=1.
- Kinkead, A. P., Garrido, L. y Uribe, N. (2011). Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(1), 29-39. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304.
- Kirkegaard, D. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20(8), 1216-1235. doi: 10.1080/02699930500473533.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition And Emotion*, 23(1), 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031.
- Kon, I. S. (1982). *Psicología de la edad juvenil*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V. & Ho, V. (2006). Contextual Emotion-Regulation Therapy for Childhood Depression: Description and Pilot Testing of a New Intervention. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 45(8), 892-903. doi: 10.1097/01.chi.0000222878.74162.5a.

- Labrador, F. J. (1996). *El estrés. nuevas técnicas para su control* (pp. 194-195). España: Ediciones Temas de Hoy.
- Lagomarsino, E., Saieh, C. y Aglony, M. (2008). Recomendación de Ramas: Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en Pediatría. Rama de Nefrología, Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr*, 79(1), 63-81. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000100010&lng=en&nrm=iso.
- Lalot, F., Delplanque, S. & Sander, D. (2014). Mindful regulation of positive emotions: a comparison with reappraisal and expressive suppression. *Frontiers in Psychology*, 5, 243-258. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00243.
- Lang, P. T. (1978). Anxiety: toward a psychophysiological definition. En H. S. Akiskal & W. L. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: explorations of biological predictors*. New York: Spectrum.
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., . . . Engels, R. C. M. E. (2013). Emotion Regulation in Adolescence: A Prospective Study of Expressive Suppression and Depressive Symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200. doi: 10.1177/0272431611432712.
- Larsen, R. J. & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. Baumeister & K. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation research* (pp. 40-60). New York: Guilford.
- Lauer, R. M., Anderson, A. R., Beaglehole, R. & Burns, T. L. (1984). Factors Related to Tracking of Blood Pressure in Children. U.S. National Center for Health Statistics Health Examination Surveys Cycles II and III. *Hypertension*, 6(3), 307-314. doi: 10.1161/01.HYP.6.3.307.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotions and Health. In Oxford (Ed.), *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K. R. Acherer, A. Schorr & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37-67). New York: Oxford University Press.
- Lemos, K. E., Miño, A. G., Ortellado, V. D. y Lukestik, F. J. (2006). Hipertensión arterial esencial en niños y adolescentes: factores de riesgo y características. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*(164), 20-22. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista164/6_164.pdf.
- Leníz, M. I. (2007). *Adaptación, aplicación y evaluación de un programa en reconocimiento, manejo y expresión de emociones en niños con Síndrome de Asperger y sus padres*. (tesis de maestría), Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/leniz_m/sources/leniz_m.pdf.
- León, D. A. y Sierra, H. (2008). Desarrollo de la comprensión de las consecuencias de las emociones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 35-45. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rlps/v40n1/v40n1a03.pdf.
- Leroy, T., Christophe, V., Penel, N., Clisant, S. & Antoine, A. (2011). Participation in randomised clinical trials is linked to emotion regulation strategies. *Contemporary Clinical Trials*, 32, 32-35. doi: 10.1016/j.cct.2010.09.003.
- Lim, K. (2013). Does hypertension begin in adolescence? *Korean J Pediatr*, 56(12), 523-525. Recuperado de http://www.kjp.or.kr/upload/KJP_56_12_523_525_20125550440.pdf.
- Lo, J. C., Sinaiko, A., Chandra, M., Daley, M. F., Greenspan, L. C., Parker, E. D., . . . O'Connor, P. J. (2013). Prehypertension and Hypertension in Community-Based Pediatric Practice. *Pediatrics*, 131(2), 415 -424. doi: 10.1542/peds.2012-1292.

- Lopes, P. N., Nezlek, J. B., Extremera, N., Hertel, J., Fernández-Berrocal, P., Schütz, A. & Salovey, P. (2011). Emotion regulation and the quality of social interaction: does the ability to evaluate emotional situations and identify effective responses matter? *J Pers*, 79(2), 429-467. doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00689.x
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M. & Petty, R. E. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. doi: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- López, L. (2012). El Sistema de Salud cubano: un análisis desde la Sociología de la Salud contemporánea. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://caribeña.eumed.net/el-sistema-de-salud-cubano-un-analisis-desde-la-sociologia-de-la-salud-contemporanea/>.
- Lorenzo, A., Alba, L. y Rodríguez, M. C. (2005). Psicología de la Salud en la atención a niños y adolescentes. En D. E. Hernández y J. Grau (Eds), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 323-349). México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Lorenzo, A., Grau, J., Fumero, A., Vizcaíno, M. A., Martín, M. y Prado, F. C. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), 203-214. Recuperado de http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_2/13_2/JGrau.html.
- Lurbe, E., Cifkova, R., Cruickshank, K., Dillon, M., Ferreira, I., Invitti, C., . . . Zanchetti, A. (2010). Manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. *Anales de Pediatría*, 73(1), 51.e51–51.e28. doi: 10.1016/j.anpedi.2010.04.001.
- Lurbe, E., Torró, I. y Cremades, B. (2007). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. In S. Malaga (Ed.), *Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Nefrología/Urología* (pp. 155-164). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Luszczynska, A., Diehl, M., Gutierrez-Dona, P., Kuusinen, B. & Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation: attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 37, 355-366.
- Llanes, M. C., Chávez, E., González, E., Garí, M., y González. (2008). Asociación entre factores de riesgo de detección de hipertensión arterial en la infancia. *IV Simposio Internacional de Hipertensión Arterial. II Taller sobre Riesgo Vascular*. Editorial Samuel Feijoó, ISBN: 978-959-250-376-2.
- Llanes, M. C., González, E., Chávez, E., García, J., Garí, M., García, Y. y Rabassa, M. (2010). La tensión arterial en niños y su asociación con algunos factores de riesgo. *5to Simposio Internacional sobre Hipertensión Arterial y 3er Taller de Riesgo Vascular HTA 2010*. Editorial Samuel Feijoó, ISBN: 978-959-250-571-1.
- Llapur, R. y González, R. (2006). Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Pediatr*, 78(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_1_06/ped07106.htm.
- MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J. & Tonge, B. (2010). The emotion regulation index for children and adolescents (ERICA): A psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 301-314. doi: 10.1007/s10862-009-9154-0.

- Magliano, E. S., Guedes, L. G., Freire, E. S. & Vergetti, K. (2013). Prevalence of arterial hypertension among Brazilian adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMC (BioMed Central) Public Health*, 13, 833-844. doi: 10.1186/1471-2458-13-833
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/582/58225137010.pdf.
- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*(20), 165-193. ISSN 1657-6276.
- McRae, K., Gross, J. J., Weber, J., Robertson, E. R., Sokol-Hessner, P., Ray, R. D., . . . Ochsner, K. N. (2012). The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 11-22. doi: 10.1093/scan/nsr093.
- Mendoza, M. (2010). *Validación de las escalas de manejo emocional de tristeza, enojo y preocupación en niños de 9 a 11 años*. (trabajo de diploma), Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-mendoza_m/pdfAmont/cs-mendoza_m.pdf.
- Meng, L., Chen, D., Yang, Y., Zheng, Y. & Hui, R. (2012). Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hypertens*, 30(5), 842-851. doi: 10.1097/HJH.0b013e32835080b7.
- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. En E. G. F.-. Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la motivación y la emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216. Recuperado de www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo--STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 5-20.
- Mihalca, A. N. & Tarnavska, Y. (2013). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Social Functioning in Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 574-579. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.312.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba (2014). Anuario Estadístico de Salud 2013. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. ISSN: 1561-4425.
- Molerio, M. y García, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Med*, 43(2-3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007&lng=es&nrm=iso.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. (tesis de doctorado), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: Unison.

- Moyal, N., Henik, A. & Anholt, G. E. (2014). Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions. *Frontiers in Psychology*, 4(1-4). doi: 10.3389/fpsyg.2013.01019.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24.
- Narchi, H. (2011). Assessment and Management of Hypertension in Children and Adolescents: Part A- Epidemiology, Clinical Evaluation and Prognosis. *Journal of Medical Sciences*, 4(1), 1-13. Recuperado de <http://hamdanjournal.org/journal/files/journals/1/issues/13.pdf>
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (2004). The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in children and adolescent. *Pediatrics*, 114(2 Suppl), 555-576. Recuperado de http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp/hbp_ped.pdf.
- Nieves, Z. I. (1999). *Programa para la autoeducación del desarrollo volitivo de los jóvenes en la formación profesional pedagógica* (tesis de doctorado), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. doi: 10.1037/10021-843X.109.3.504.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 704-708. doi: 10.1016/j.paid.2011.06.012.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Novoa, M. (2011). *Elaboración de un cuestionario para la autovaloración en adolescentes: criterio de expertos (trabajo de diploma)*, Universidad Central "Martha Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- OMS. (1998). Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- Opitz, P. C., Gross, J. J. & Urry, H. L. (2012). Selection, Optimization, and Compensation in the Domain of Emotion Regulation: Applications to Adolescence, Older Age, and Major Depressive Disorder. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(2), 142–155. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00413.x.
- Oros, L. (2009). El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 288-296. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28412891010>.
- Ortega, N. (2010). La educación emocional y sus implicaciones para la salud. *REOP*, 21(2), 462-470. Recuperado de <http://www.uned.es/reop/pdfs/2010/21-2%20-%20M%20C%20Ortega%20Navas.pdf>.
- Ostchega, Y., Carroll, M., Prineas, R. J., MacDowell, M. A., Louis, T. & Tilert, T. (2009). Trends of Elevated Blood Pressure Among Children and Adolescents: Data From the National Health

- and Nutrition Examination Survey 1988–2006. *Am J Hypertens*, 22(1), 59-67. doi: 10.1038/ajh.2008.312.
- Padilla, R. (2008). *Caracterización del funcionamiento emocional de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de HTA esencial*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Mendiburo, A., Bobowik, M. y Sevillano, V. (2013). Affect regulation strategies and emotional adjustment for negative and positive affect: A study on anger, sadness and joy. *The Journal of Positive Psychology*, 8(3), 249-262.
- Páez, D., Martínez, F., Sevillano, V., Mendiburo, A. y Campos, M. (2012). Medida de estilos de regulación afectiva (MARS) ampliada en ira y tristeza. *Psicothema*, 24(2), 249-254. Recuperado de www.psicothema.com/pdf/4007.pdf.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2002). *Desarrollo psicológico y educación. I. Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza.
- Palmero, F., Díaz, J., Diago, J., Moreno, J. y Oblitas, L. A. (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicológica*, 14(1), 23-50. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812007000100003&lng=pt&lng=es.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., y Caroi, A. (2004). La emoción desde el modelo cognitivista. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VI(14--15). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022401105/texto.html>.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(23-24), 1-25. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero23/article1/article1.pdf>.
- Parkinson, B. & Totterdell, P. (1999). Classifying Affect-regulation Strategies. *Cognition and Emotion*, 13(3), 277-303.
- Pedraza, L. (2009). *Caracterización de los estados emocionales en adolescentes de 12 a 15 años de edad con hipertensión arterial esencial*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Pedraza, L., Pérez, Y. y Guerra, V. (2011). Caracterización de los estados emocionales en adolescentes de 12 a 15 años de edad con hipertensión arterial esencial. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría.com, Interpsiquis 2011. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/49481847/Estados-Emocionales-en-Adolescentes>.
- Peña, Y. (2005) *Alternativa didáctica para elevar el nivel de desarrollo de la autovaloración del bachiller sobre su desempeño escolar* (tesis de doctorado), Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", La Habana.
- Pérez, D. y Alfonzo, J. P. (2010). Hipertensión en grupos especiales. In J. P. Alfonzo (Ed.), *Hipertensión Arterial en la atención primaria de salud* (pp. 243-267). La Habana: Ciencias Médicas.
- Pérez, G. A. (2011). *Estudios clínico-epidemiológicos de la presión arterial sistémica en adolescentes del municipio Santa Clara 2001-2009*. (tesis de doctorado), Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara "Dr. Serafín Ruiz de Sárate Ruiz", Santa Clara. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/583/1/PerezFdezl.pdf>
- Pérez Nieto, M. A. y Redondo, M. M. (2006). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero22/revisio/texto.html>.

- Pérez Nieto, M. A., Redondo, M. M. y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(28). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>.
- Pérez, Y. (2006). *Factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Pérez, Y. y Guerra, V. (2014a). Caracterización de las emociones en escolares con hipertensión arterial esencial. In J. R. Jaime Salas (Ed.), *Con Ojos de Sur. Memorias del Primer Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología*. Colombia: Neiva. ISBN: 978-958-46-4449-7.
- Pérez, Y. y Guerra, V. (2014b). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol86_3_4/ped11314.htm.
- Pérez, Y. y Villa, D. (2004). *Metodología para el diagnóstico psicológico de niños y adolescentes con hipertensión arterial de 9 a 12 años*. (trabajo de diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Petrovsky, A. V. (1980). *Psicología General*. Moscú: Progreso.
- Piemontesi, S. E., Heredia, D. E., Furlan, L. A., Sánchez-Rosas, J. y Martínez, M. (2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 28(1), 89-96. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/167/16723161011.pdf.
- Pineda, S. y Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. In F. Cruz, S. Pineda, N. Martínez & M. Aliño (Eds.), *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la Adolescencia* (2da ed., pp. 15-23). Ciudad de la Habana: MINSAP.
- Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J. y Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/16/2>.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones Negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 6(2), 85-112. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136>.
- Porro, M. L., Andrés, M. L. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355. Recuperado de http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000200010&lng=es&nrm=iso.
- Quiñones, I. S., Mapolón, Y., Aguilar, I. y Palma, M. (2005). Estrategias para definir las acciones de salud de los equipos disciplinarios. *Humanidades Médicas*, 5(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100007&lng=es.
- Quiñones, S. I., Palacios, R., Corzo, L. y Ortiz, A. C. (2005). Creación de un instrumento para evaluar la calidad de vida en niños con Retinosis Pigmentaria. *Humanidades Médicas*, 5(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000300005&lng=es.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.048.

- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, 27(2), 227-237. doi: 10.4067/S0718-48082009000200008.
- Rendón, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 349-363. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200014&nrm=iso.
- Rieffe, C. (2012). Awareness and regulation of emotions in deaf children. *British Journal of Developmental Psychology*, 30(4), 477-492. doi: 10.1111/j.2044-835X.2011.02057.x.
- Roca, M. A. (2002). *Psicología Clínica. Una visión General*. La Habana: Félix Varela.
- Roca, M. A. (2003). Introducción a la *Psicología Clínica*. La Habana: Félix Varela.
- Roca, M. A. (2014a). Emociones negativas...¿sanas y no sanas? *Salud y Vida* (revista digital). Recuperado de <http://www.saludvida.sld.cu/blog/emociones/2014/02/01/emociones-negativas%E2%80%A6-%C2%BFsanas-y-no-sanas>.
- Roca, M. A. (2014b). Emociones y salud humana. *Salud y Vida* (revista digital). Recuperado de <http://www.saludvida.sld.cu/articulo/2014/08/27/emociones-y-salud-humana>.
- Roca, M. A. y Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Félix Varela.
- Rodríguez, M. C. (1997). *Particularidades de la atención psicológica al niño y adolescente con enfermedad crónica*. (Tesis de Especialidad en Psicología de la Salud), Facultad "C. García", Instituto Superior de Ciencias Médicas", La Habana.
- Rodríguez, M. J., Esteve, M. R. y López, A. E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345. ISSN: 0214-9915.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M. & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther.*, 40(2), 142–154. doi: 10.1016/j.beth.2008.04.001.
- Rojas, A. M. (2013). *Caracterización de la autovaloración en adolescentes de la Secundaria Básica "Juan Pedro Carbó Serviá" del municipio de Remedios*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Rubinstein, J. L. (1967). *Principios de Psicología General*. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Ruiz, L. Y. (2013). *Validación de constructo de la escala de autovaloración (EAA, versión 1.0) para adolescentes de la ciudad de Santa Clara.*, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Saarni, C. (2011). Emotional Development in Childhood. In t. e. Lewis M, R. E. Tremblay, M. Boivin & R. D. V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]* (pp. 1-7). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Developmen.
- Saieh, C. y Lagomarsino, E. (2009). Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 80(1), 11-20. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000100002>.
- Salcedo, A. L., García, J. E. y Contreras, M. (2010). Presión arterial en adolescentes mexicanos: clasificación, factores de riesgo e importancia. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 612-622.

- Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000400008&lng=en&tlng=es.
- San Martín, J. L. y Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(3), 287-291. Recuperado de http://teps.cl/files/2013/10/9804-3-SAN-MARTIN_Corregido1.pdf.
- Sánchez, J. (2010). La competencia emocional en la escuela: una propuesta de organización dimensional y criterial. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(25), 79-96. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3736521.pdf>.
- Sanz, Y. A. (2011). *Adaptación del STAXI II C/A (versión niño adolescente) para la población cubana*. (tesis de maestría), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Sheffield, A., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 43(3), 201-209. Recuperado de www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art04.pdf.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A. & Ochsner, K. N. (2012). Age-Related Differences in Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235–1247. doi: 10.1037/a0028297.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2). 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216.
- Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N. & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clin Psychol Psychother*, 15(4), 205-216.
- Smith , C.A. & Lazarus, R.S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- Southam-Gerow, M. & Kendall, P. (2002). Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 189-222. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00087-3.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. D. (1988). The experience, expression and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.), *Health Psychology: Individual differences and stress* (pp. 90-108). New York: Springer-Verlag.
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Starnes, T. M. & Peters, R. M. (2004). Anger expression and blood pressure in adolescents. *The journal of school nursing*, 20(6), 335-342. doi: 10.1177/10598405040200060801.
- Suárez, E. y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación en las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. en M. Maddaleno, M. Mubist, C. Serrano, T. Silvers, E. Suárez y J. Yunez (Eds.), *La salud del Adolescente y el Joven* (183-193), Washington: O. P. S., Publicación Científica No. 552.
- Suárez, L., Rodríguez, A., Tamayo, J. L. y Rodríguez, R. P. (2009). Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes de 15 a 17 años. *MEDISAN*, 13(6). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san07609.htm.

- Suazo, G. (2010). *Caracterización de la ansiedad en escolares de 9 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial*. (trabajo de diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Tamir, M. & Gross, J. J. (2011). Beyond pleasure and pain? Emotion regulation and positive psychology. In K. M. Sheldon, T. B. Kashdan, M. F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 89-100). New York, NY US: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195373585.003.0006.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Thompson, R. A. & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Guilford Press* (pp. 249-265). New York-Londo.
- Torró, I. y Lurbe, E. (2008). Hipertensión Arterial en niños y adolescentes. *Asociación Española de Pediatría, Protocolos actualizados en el año 2008*, 198-207. Recueparado de www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_3.pdf.
- Trentacosta, C. J. & Izard, C. E. (2007). Kindergarten children's emotion competence as a predictor of their academic competence in first grade. *Emotion*, 7(1), 77-88. doi: 10.1037/1528-3542.7.1.77.
- Tull, M. T., Stipelman, B. A., Salters-Pedneault, K. & Gratz, K. L. (2009). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 275-282. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.08.002.
- Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*(8), 11-58. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2872458.pdf>.
- Ujunwa, F. A., Ikefuna, A. N., Nwokocha, A. R. & Chinawa, J. M. (2013). Hypertension and prehypertension among adolescents in secondary schools in Enugu, South East Nigeria. *Italian Journal of Pediatrics*, 39, 30-35. doi: 10.1186/1824-7288-39-70.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Veloso, C., Caqueo, W., Caqueo, A., Muñoz, Z. y Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal, Rev. Psicol.*, 22(1), 23-34. doi: 10.1590/S1984-02922010000100003.
- Veloso, J., Vilarouca, A. R., Holanda, I., Nunes, R. B., Evêncio, L., y César, P. (2012). Análisis de los factores de riesgo para hipertensión arterial en adolescentes escolares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_11.pdf.
- Victoria, C. R. y López, V. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2(7). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo_rev7/carmen.html.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int [revista en la Internet]*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-38162011000100003&lng=es&nrm=iso.
- Viloria, C. A. (2005). La educación emocional en edades tempranas y el interés de su aplicación en la escuela. Programas de educación emocional, nuevo reto en la formación de los profesores. *IOS- Tendencias Pedagógicas*, 10, 107-123. Recuperado de http://www.tendenciaspedagogicas.com/articulos/2005_10_05.pdf.

- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista electrónica Psicología Científica.Com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>.
- Vygotski, L. S. (1984). *Obras Escogidas IV. Psicología Infantil* (Edición de 1996 ed.). Moscú: Editorial pedagógica.
- Vygotski, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico-Técnica.
- Webb, T. L., Miles, E. & Sheeran, P. (2012). Dealing With Feeling: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Strategies Derived From the Process Model of Emotion Regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808. doi: 10.1037/a0027600.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Davis, L. T., Dehon, E. E., Fulton, J. J. & Gratz, K. L. (2012). Examining the association between emotion regulation difficulties and probable posttraumatic stress disorder within a sample of African Americans. *Cogn Behav Ther*, 41(1), 5-14. doi: 10.1080/16506073.2011.621970/
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J. & Gratz, K. L. (2013). Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child Abuse Negl*, 37(11), 944-954. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.014.
- Wolgast, M., Lundh, L. G. & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 49, 858-866. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.011.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: desing and methods* (4th ed. Vol. 5). Newbury Park, CA: Sage.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr*, 27(2), 155-168. doi: 10.1097/00004703-200604000-00014.
- Zeman, J., Shipman, K. & Penza-Clyve, S. (2001). Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(3), 187-205. doi: 10.1023/A:1010623226626.

Anexo 1

Consentimiento informado de la familia

Santa Clara, ____de ____del 2013, por medio del presente documento solicitamos su cooperación voluntaria para la realización de una investigación cuyo propósito es profundizar en la manera en que son reguladas las emociones por parte de adolescentes que presentan hipertensión arterial esencial. Usted, en conjunto con su hijo/a, han sido seleccionados(as) para conformar nuestra muestra. Es completamente libre para decidir si participa o no en el estudio. La información que brindará es confidencial, anónima y solo se empleará con fines científicos.

Declaratoria de voluntariedad:

He entendido el propósito del estudio y la información que me brindaron, teniendo la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente a participar en la investigación.

Firma del familiar _____ **Firma del investigador** _____

Consentimiento informado del adolescente

Santa Clara, ____de ____del 2013, por medio del presente documento solicitamos su cooperación voluntaria para la realización de una investigación cuyo propósito es profundizar en la manera en que son reguladas las emociones por parte de adolescentes que presentan hipertensión arterial esencial. Usted, en conjunto con su familia, han sido seleccionados(as) para conformar nuestra muestra. Es completamente libre para decidir si participa o no en el estudio. La información que brindará es confidencial, anónima y solo se empleará con fines científicos.

Declaratoria de voluntariedad:

He entendido el propósito del estudio y la información que me brindaron, teniendo la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente a participar en la investigación.

Firma del adolescente _____ **Firma del investigador** _____

Anexo 2

Entrevista psicológica semi-estructurada a la familia del adolescente.

Indicadores:

- Personas con las que convive.
- Estructura de la familia.
- Relaciones padres-hijos: estilo comunicativo, estilo educativo, expresión de afectos.
- Jerarquía familiar en la educación del adolescente.
- Características de la comunicación.
- Estilos educativos predominantes.
- Presencia de conflictos familiares.
- Características generales del adolescente.
- Relaciones del adolescente con sus coetáneos y maestros.
- Motivación por los estudios.
- Rendimiento escolar.
- Preocupaciones, problemas respecto al contexto familiar, escolar y relación con iguales.
- Manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira en el adolescente.
- Tiempo de aparición de las manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira.
- Presencia de situaciones desencadenantes de la ansiedad, tristeza e ira.
- Frecuencia e intensidad con que experimentan la ansiedad, tristeza e ira.
- Contextos en los cuales repercute la ansiedad, la tristeza y la ira.
- Estrategias que emplea el adolescente para regular la ansiedad, la tristeza y la ira.
- Principales características de personalidad en formación del adolescente, que incidan en la presencia de ansiedad, tristeza ira.
- Emociones del adolescente ante el diagnóstico de la enfermedad, particularizando en la posible presencia de ansiedad, tristeza e ira.
- Conocimiento de la familia y el adolescente acerca de la enfermedad y la actitud asumida por estos ante la misma.

Anexo 3

Entrevista psicológica semi-estructurada al adolescente.

Indicadores:

- Manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira en el adolescente.
- Tiempo de aparición de las manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira.
- Presencia de situaciones desencadenantes de la ansiedad, tristeza e ira.
- Frecuencia e intensidad con que experimentan la ansiedad, tristeza e ira.
- Contextos en los cuales repercute la ansiedad, la tristeza y la ira.
- Estrategias que emplea el adolescente para regular la ansiedad, la tristeza y la ira.
- Principales características de personalidad en formación del adolescente, que incidan en la presencia de ansiedad, tristeza ira.
- Emociones del adolescente ante el diagnóstico de la enfermedad, particularizando en la posible presencia de ansiedad, tristeza e ira.
- Conocimiento y actitud de la familia y el adolescente en relación con la enfermedad.
- Contexto Familiar:
 - Características de la relación de los padres u otros familiares con el adolescente: estilo comunicativo, estilo educativo, expresión de afectos.
 - Presencia de conflictos familiares.
 - Principales problemas, preocupaciones y temores vinculados al área familiar que pudieran repercutir en la presencia de manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira.
- Contexto escolar:
 - Relación con la maestra, estilo comunicativo.
 - Resultados docentes.
 - Mayores problemas y preocupaciones vinculados al contexto escolar.
 - Repercusión emocional de dichos problemas.
- Contexto de las relaciones con los iguales:
 - Estatus sociométrico en el grupo escolar.
 - Cantidad de amigos, actividades que realizan en el tiempo libre.
 - Mayores problemas y preocupaciones vinculados al grupo de amigos.
 - Relación de dichos problemas con posibles manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira.

Anexo 4

Entrevista psicológica semi-estructurada al maestro:

Indicadores:

- Disciplina y asistencia a las actividades académicas.
- Rendimiento escolar.
- Motivación por los estudios.
- Relaciones con los coetáneos.
- Relación familia-escuela.
- Conflictos del adolescente en los contextos familiar, escolar y de relación con los iguales.
- Personalidad en formación del adolescente.
- Manifestaciones de ansiedad, tristeza e ira en el adolescente
- Frecuencia e intensidad con que experimenta la ansiedad, la tristeza y la ira.
- Estrategias de regulación ante las emociones displacenteras.

Anexo 5

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

Nombre: _____ Edad _____

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

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control					
4. No tengo ideas de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento así.					
6. Estoy atento a mis sentimientos.					
7. Se exactamente como me siento.					
8. Estoy confundido(a) por cómo me siento.					
9. Puedo reconocer cómo me siento.					
Para contestar todas las frases siguientes, piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el último mes. Cuando me siento mal yo:	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
10. Me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.					
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes.					
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas.					
14. Me siento culpable por sentirme de esa manera.					
15. Me cuesta trabajo concentrarme.					
16. Me cuesta trabajo controlar lo que hago.					
17. Creo que no hay nada a hacer para sentirme mejor.					
18. Me molesto conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.					
19. Me empiezo a sentir muy mal conmigo mismo(a).					
20. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar.					
21. Pierdo el control de cómo me porto.					
22. Se me dificulta pensar en algo más.					
23. Me toma mucho tiempo sentirme mejor.					

Anexo 6

Calificación e interpretación de la DERS-E, para adolescentes.

La suma de las puntuaciones de todos los ítems nos proporcionará la puntuación directa, las cuales permitirán evaluar el nivel total de desregulación emocional, según los percentiles elaborados para la población cubana:

- 14 o menos puntos: nivel bajo de desregulación emocional.
- entre 15 y 31 puntos: nivel medio de desregulación emocional.
- 32 o más puntos: nivel alto de desregulación emocional.

Además de esta puntuación total, se puede obtener la puntuación de cada subescala, sumando los ítems correspondientes a cada una, de la forma que se explica a continuación.

- Subescala “Conciencia” (conciencia emocional): sumatoria de los ítems 1, 2, 6, 7 y 9.
- Subescala “Claridad” (falta de claridad emocional): sumatoria de los ítems 4, 5 y 8.
- Subescala “No aceptación” (no aceptación de respuestas emocionales): sumatoria de los ítems 10, 14, 18 y 19.
- Subescala “Estrategias” (acceso limitado a estrategias de regulación emocional): sumatoria de los ítems 3, 12, 17, 20 y 23.
- Subescala “Metas” (dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas): sumatoria de los ítems 11, 13, 15, 16, 21 y 22.

La suma de las puntuaciones de todos los ítems correspondientes a cada subescala, proporcionará la puntuación directa de estas, que permitirán evaluar el nivel de dificultades en cuanto al contenido con el que se vinculan, de la manera siguiente:

Subescala “Conciencia” (conciencia emocional):

- 3 o menos puntos: nivel bajo de dificultades en cuanto a la conciencia emocional.
- entre 4 y 9 puntos: nivel medio de dificultades en cuanto a la conciencia emocional
- 10 o más puntos: nivel alto de dificultades en cuanto a la conciencia emocional.

Subescala “Claridad” (falta de claridad emocional):

- 2 o menos puntos: nivel bajo de dificultades en cuanto a la claridad emocional.
- entre 3 y 4 puntos: nivel medio de dificultades en cuanto a la claridad emocional
- 5 o más puntos: nivel alto de dificultades en cuanto a la claridad emocional.

Subescala “No aceptación” (no aceptación de respuestas emocionales):

- 2 o menos puntos: nivel bajo de dificultades en cuanto a la aceptación emocional.
- entre 3 y 4 puntos: nivel medio de dificultades en cuanto a la aceptación emocional
- 5 o más puntos: nivel alto de dificultades en cuanto a la aceptación emocional.

Subescala “Estrategias” (acceso limitado a estrategias de regulación emocional):

- 2 o menos puntos: nivel bajo de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.
- entre 3 y 5 puntos: nivel medio de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.
- 6 o más puntos: nivel alto de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.

Subescala “Metas” (dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas):

- 2 o menos puntos: nivel bajo de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.
- entre 3 y 5 puntos: nivel medio de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.
- 6 o más puntos: nivel alto de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación.

Anexo 7

Medida de estilos de regulación afectiva (MARS), versión abreviada para adolescentes.

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ Grado: _____ Sexo: _____

La forma en que respondemos a nuestras emociones puede fortalecerlas o debilitarlas, influyendo en la manera en que nos sentimos y expresamos. A continuación, encontrarás una lista de formas diferentes con que los adolescentes de tu edad suelen manejar sus emociones cuando se sienten mal, y las situaciones que las provocan.

Marca con una X, lo que tú has hecho cuando te has sentido mal emocionalmente durante el último mes. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, indica lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer.

Durante el último mes, cuando me he sentido mal emocionalmente, yo he hecho lo siguiente:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. Hacer o planificar algo para resolver la situación que me hace sentir mal	5	4	3	2	1
2. Pensar una y otra vez en lo que pasó, en lo mal que me siento	5	4	3	2	1
3. Comer algo para mejorar la forma en que me siento emocionalmente	5	4	3	2	1
4. Tratar de no mostrar a otras personas cómo me siento	5	4	3	2	1
5. Hablar con alguien que pueda darme apoyo y comprensión, decirle cómo me siento	5	4	3	2	1
6. Hacer o pensar algo entretenido para distraerme, algo que realmente me guste	5	4	3	2	1
7. Buscar apoyo en mis creencias religiosas	5	4	3	2	1
8. Hablar con alguien que me pudiera dar un consejo, orientarme, ayudar a resolver la situación que me hace sentir mal	5	4	3	2	1
9. Tratar de ver de otra manera la situación que me hace sentir mal emocionalmente, de encontrarle un significado diferente	5	4	3	2	1
10. Aceptar la situación y la forma en que me siento	5	4	3	2	1
11. Expresar lo que siento lo más fuerte que pueda: llorar, gritar...	5	4	3	2	1
12. Tratar de estar solo	5	4	3	2	1
13. Hacer algo especial para recompensarme y sentirme mejor	5	4	3	2	1
14. Reírme, bromear, tratar de hacerme reír yo mismo o de hacer reír a otros	5	4	3	2	1
15. Pensar que hay gente que está peor que yo	5	4	3	2	1
16. Practicar deporte, hacer ejercicio	5	4	3	2	1
17. Dormir o acostarme	5	4	3	2	1
18. Soñar con el momento en el que no tendría este problema	5	4	3	2	1
19. No hacer nada; no tratar de controlar la situación que me hace sentir mal emocionalmente	5	4	3	2	1
20. Tratar de no pensar en lo ocurrido, ignorar lo que siento	5	4	3	2	1
21. Cambiar mi comportamiento hacia la(s) persona(s) vinculadas al problema, para que sepa(n) cómo me siento	5	4	3	2	1
22. Esperar el mejor momento para manifestar lo que siento	5	4	3	2	1

Anexo 8

Calificación e interpretación de la MARS, versión adolescente.

Para la calificación, se halla la suma de las puntuaciones correspondientes a los 5 factores que contiene la escala:

- Factor 1 “evitativo y rígido”. Agrupa las siguientes categorías: rumiación, represión emocional, aislamiento social, abandono, evitación, pensamiento desiderativo. Se calcula sumando los ítems 2, 4, 12, 18, 19 y 20.
- Factor 2 “expresión y distracción”. Agrupa las siguientes categorías: apoyo emocional, de expresión emocional regulada, comparación social, distracción, confrontación y regulación fisiológica activa. Se calcula sumando los ítems 5, 6, 15, 16, 21 y 22.
- Factor 3 “de apoyo y auto-modificación”. Agrupa las siguientes categorías: autorreconfortarse, vivencia de emociones contrarias y religión. Se calcula sumando los ítems 7, 13 y 14.
- Factor 4 “descarga y fisiológico pasivo”. Agrupa las siguientes categorías: regulación fisiológica pasiva y regulación emocional no regulada, de manera catártica. Se calcula sumando los ítems 3, 11 y 17.
- Factor 5 “directo y aproximativo”. Agrupa las siguientes categorías: instrumental, búsqueda de apoyo informativo o instrumental, aceptación y reevaluación cognitiva. Se calcula sumando los ítems 1, 8, 9 y 10

La suma de las puntuaciones de todos los ítems correspondientes a cada factor, proporciona su puntuación directa, que debe interpretarse según los percentiles elaborados para los adolescentes de 12 a 15 años de edad, estableciendo el nivel de frecuencia con que son utilizadas las estrategias que agrupa cada factor:

Factor 1:

- 11 o menos puntos: uso poco frecuente.
- entre 12 y 18 puntos: uso medianamente frecuente.
- 19 o más puntos: uso muy frecuente.

Factor 2:

- 15 o menos puntos: uso poco frecuente.
- entre 16 y 23 puntos: uso medianamente frecuente.
- 24 o más puntos: uso muy frecuente.

Factor 3:

- 7 o menos puntos: uso poco frecuente.
- entre 8 y 10 puntos: uso medianamente frecuente.
- 11 o más puntos: uso muy frecuente.

Factor 4:

- 6 o menos puntos: uso poco frecuente.
- entre 7 y 8 puntos: uso medianamente frecuente.
- 9 o más puntos: uso muy frecuente.

Factor 5:

- 9 o menos puntos: uso poco frecuente.
- entre 10 y 15 puntos: uso medianamente frecuente.
- 16 o más puntos: uso muy frecuente.

Anexo 9

Inventario de ansiedad rasgo – estado, versión infantil (IDAREN)

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

PRIMERA PARTE

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

	Nada	Algo	Mucho
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

SEGUNDA PARTE

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga cómo te SIENTES en GENERAL, no solo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando las respuestas que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

	Nada	Algo	Mucho
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

Anexo 10

Calificación e interpretación del IDAREN

Para la calificación de la ansiedad estado, se considera la suma de los ítems asociados a las sub-escala de la forma siguiente:

Ítems 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20 (X)
Ítems 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18 (Y)

Luego, se determinan los niveles de ansiedad-estado, teniendo en cuenta la fórmula siguiente:
 $(X-Y) + 40 = \text{Puntuación directa.}$

El valor obtenido se interpreta según los siguientes parámetros:

- Nivel bajo, por debajo de 24 puntos.
- Nivel medio, entre 24 y 38 puntos.
- Nivel alto, por encima de 38 puntos.

Para la calificación e interpretación de la escala ansiedad rasgo, se determina la puntuación directa a través de la suma total de los 20 ítems de la escala ansiedad-rasgo, interpretándose según los parámetros establecidos a continuación:

- Nivel bajo, por debajo de 29 puntos.
- Nivel medio, entre 29 y 41 puntos.
- Nivel alto, por encima de 41 puntos.

Anexo 11

Inventario de Autoevaluación Depresión Rasgo-Estado Infantil (IDEREN).

Nombre y Apellidos: _____

Edad _____ Sexo _____ Grado _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES:

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O), aquellas que para Usted refleje "COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO". No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

I PARTE.

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy Fuerte
1. Pienso que mi futuro es desesperanzado y mi estado de ánimo nunca mejorará.	1	2	3	4
2. Yo me siento con confianza en mí mismo.	1	2	3	4
3. Pienso que yo no tengo nada de que arrepentirme.	1	2	3	4
4. Yo me siento seguro.	1	2	3	4
5. Yo me siento muy preocupado.	1	2	3	4
6. En la sexualidad no tengo dificultades.	1	2	3	4
7. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas.	1	2	3	4
8. Me siento insatisfecho.	1	2	3	4
9. He perdido toda la confianza en mí mismo.	1	2	3	4
10. Siento tener necesidad de vivir.	1	2	3	4
11. No me siento en nada culpable.	1	2	3	4
12. Duermo bien.	1	2	3	4
13. Me canso con facilidad.	1	2	3	4
14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos.	1	2	3	4
15. Me canso con más facilidad que anteriormente.	1	2	3	4
16. Ahora no tengo deseos de llorar.	1	2	3	4
17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes.	1	2	3	4
18. Yo quisiera quitarme la vida.	1	2	3	4
19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido.	1	2	3	4
20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean.	1	2	3	4

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O) en esta segunda parte, aquellas que para Usted refleje “COMO SE SIENTE GENERALMENTE”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

II PARTE.

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
21. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.	1	2	3	4
22. Sufro cuando no logro el reconocimiento de las personas que me rodean.	1	2	3	4
23. Con facilidad me sorprendo ante los fracasos.	1	2	3	4
24. Pienso que tengo muchos más fracasos que los demás.	1	2	3	4
25. Yo sufro por no haber logrado hacer realidad mis sueños.	1	2	3	4
26. Me pongo triste, deprimido con facilidad.	1	2	3	4
27. Considero haber tenido suerte en la vida.	1	2	3	4
28. Pienso que el futuro todo será bueno para mí.	1	2	3	4
29. Yo tengo confianza en sí mismo.	1	2	3	4
30. Por regla general, yo soy de los que se inclinan a verle las partes malas a las cosas de la vida.	1	2	3	4
31. Los problemas a mí me inquietan más de lo necesario.	1	2	3	4
32. Yo he logrado cumplir con mis objetivos más importantes.	1	2	3	4
33. Me siento aburrido.	1	2	3	4
34. A mí todo me interesa.	1	2	3	4
35. Ante fuertes sensaciones no reacciono.	1	2	3	4
36. Por lo general observo las partes buenas de las cosas.	1	2	3	4
37. Los fracasos me hacen sufrir tanto que no logro sacármelos de mi cabeza.	1	2	3	4
38. No me alcanza la confianza en sí mismo.	1	2	3	4
39. Considero que las demás personas me estimulan lo suficiente.	1	2	3	4
40. La más mínima dificultad me presiona y oprime.	1	2	3	4
41. Soy una persona alegre.	1	2	3	4
42. Pienso que las demás personas no me estimulan lo suficiente.	1	2	3	4

“LE AGRADECEMOS SU COLABORACION Y LA ATENCION PRESTADA”

Anexo 12

Calificación e interpretación del IDEREN

Los valores de las puntuaciones pueden oscilar entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 22 y 88 para la escala rasgo.

Para su calificación, tanto la escala estado como la rasgo presentan ítems que son positivos a la depresión, mientras que otros son inversos; por tanto, debe obtenerse la sumatoria de unos ítems y otros. A la diferencia entre ambos subtotaes se le suma el valor 35.

La cifra obtenida en la escala estado es el grado de depresión actual y se considera:

- baja si está entre 20 y 35
- media si está entre 36 y 50
- alta si oscila entre 51 y 80.

Para la escala rasgo es similar, aunque los puntos de corte son diferentes. Se considera:

- baja si oscila entre 22 y 37 puntos
- media si está entre 38 y 54
- alta entre 55 y 88 puntos.

Anexo 13

Inventario de expresión de la ira estado-rasgo versión niño-adolescente (STAXI-II N/A)

INSTRUCCIONES:

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

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

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: _____ Edad _____

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

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

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

		Casi nunca	A veces	Frecuentemente
11	Me siento enfadado	1	2	3
12	Me pongo furioso	1	2	3
13	Me enfado rápidamente	1	2	3

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

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

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

Anexo 14

Calificación e interpretación del STAXI-II N/A

Escala Ira Estado (parte 1): ítems del 1 al 10.

Subescalas:

- Sentimiento: ítems 1, 2, 3, 8 y 10.
- Expresión verbal y física: ítems 4, 5, 6, 7 y 9.

Escala Ira Rasgo (parte 2): ítems del 11 al 20.

Subescalas:

- Temperamento de ira: ítems 11, 12, 13, 16 y 19
- Reacción de ira: ítems 14, 15, 17, 18 y 20.

La parte 3 (ítems del 21 al 35), consta de las siguientes sub – escalas:

- Expresión interna: ítems 22, 25, 28, 33 y 35.
- Expresión externa: ítems 21, 24, 27, 31 y 34.
- Control de la ira: ítems 23, 26, 29, 30 y 32.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Control de la Ira (C-Ira)

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

Anexo 15

Ficha de autorregistro diario de emociones

Instrucciones: Durante este tiempo, existirán una serie de emociones que tú puedes experimentar, como sucede en otras personas. Cuando te ocurra alguna situación, te sientas preocupado ante algún problema, ansioso, con genio, triste, o bien te sientas alegre y te ocurra algo agradable, escríbelo, explicando en cada caso tu parecer. No importa cuánto te extiendas, solo necesitamos que seas sincero.

Fecha	¿Qué ha pasado?			¿Qué sentí? (alegre, ansioso, triste, bravo)	¿Qué hice para tratar de sentirme mejor? No llenarlo para la alegría u otras emociones de este tipo
	¿Dónde estaba?	¿Qué hacía?	¿Con quién estaba?		

Anexo 16

Análisis de la Ficha de autorregistro diario de emociones

Indicadores y categorías de análisis.

¿Qué ha pasado? Causa de las emociones

Causa vinculada con el área familiar

- Regaños
- Discusiones o conflictos entre los miembros de la familia o entre la familia y el adolescente.
- Separación de los padres.
- Ausencia física de un familiar.

Causa vinculada con el área escolar

- Los exámenes.
- Tareas escolares.

Causa vinculada con las relaciones con iguales.

- Burlas, sobrenombres.
- Discusiones, conflictos.
- Estrecho círculo de amistades.

Causas vinculadas con la enfermedad.

- Restricciones en cuanto a la dieta
- Restricciones en cuanto a la práctica de deporte.
- Ingresos y/o consultas médicas
- Subida de la presión o descompensación de la enfermedad.

¿Cómo me estoy sintiendo? Tipo de emoción, según su contenido

- Ansiedad.
- Tristeza
- Ira
- Alegría
- Orgullo

¿Qué estoy haciendo o voy a hacer para tratar de sentirme mejor? Tipos de estrategias de RE

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| - Instrumental. | - Reevaluación positiva. | - Confrontación |
| - Rumiación | - Descarga | - Expresión emocional regulada |
| - Regulación fisiológica pasiva | - Aislamiento social | |
| - Supresión | - Autorreconfortarse | |
| - Apoyo social emocional | - Comparación social | |
| - Distracción | - Regulación fisiológica activa | |
| - Religión | - Pensamiento desiderativo | |
| - Apoyo social instrumental | - Abandono psicológico | |
| | - Inhibición | |

Anexo 17

Entrevista semi-estructurada al especialista en Cardiología

Indicadores

- Características del proceso de diagnóstico de la HTA esencial en el adolescente.
- Factores de riesgo asociados a la enfermedad.
- Tratamiento actual del paciente, tanto farmacológico como no farmacológico.
- Adherencia al tratamiento.
- Evolución general del paciente.
- Actitud del adolescente y la familia ante la enfermedad.
- Valoración del especialista sobre el impacto psicológico de la enfermedad en los pacientes.
- Nivel de control de la enfermedad.
- Ingresos a partir del diagnóstico.
- Consideraciones acerca del estado emocional actual del adolescente.

Anexo 18

Características sociodemográficas de los adolescentes hipertensos, que conformaron el estudio de casos.

Sujeto	Edad (en años)				Grado			Sexo		Color de la piel		Zona de residencia	
	12	13	14	15	7mo	8vo	9no	M	F	B	N	Rural	Urbana
1- Manuel		x				x		x		x			x
2- Dania			x				x		x	x		x	
3- Darío	x				x			x		x			x
4- Bryan	x				x			x		x			x
5- Lester			x				x	x			x	x	
6- Rubén			x				x	x		x			x
7- Yilena		x				x			x	x			x
8- Carlos			x				x	x		x			x
9- Armando		x				x		x			x		x
10- Luis				x			x	x			x		x
Total	2	3	4	1	2	3	5	8	2	7	3	2	8

Leyenda: F: femenino; M: masculino; B: blanco; N: negro.

Fuente: entrevistas a familiares y adolescentes.

Anexo 19

Escala de autovaloración para adolescentes

Nombre: Sexo:..... Edad:.....
 Centro:..... Grupo:..... Curso:.....
 Ciudad:..... Provincia.....
 Ocupación de la madre..... Ocupación del padre.....

Instrucciones:

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones para que des tu respuesta, poniendo una **x** en la casilla que mejor representa lo que a ti te ocurre o lo que tú piensas de ti, teniendo en cuenta que en estos aspectos no existen respuestas correctas o incorrectas.

No pienses excesivamente las respuestas y responde con sinceridad.

Ejemplo:

Soy una persona simpática.

Nunca__ Pocas veces__ Algunas veces__ Frecuentemente__ Siempre__

Aquí debes poner una **x** en la casilla que mejor represente tu opinión. En esta prueba no se controla el tiempo.

	Físico	Social	Familiar	Intelectual	Personal
P.D.					
P.C.					

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
1-Tengo una apariencia física agradable.					
2-Soy lento(a) para realizar mi trabajo escolar.					
3-Tengo facilidad para hacer amigos.					
4-Mis padres me comprenden bien.					
5-Soy una buena persona.					
6-Sufro cuando se burlan de mi físico.					
7-Me propongo prepararme más cuando no logro las notas esperadas, aunque eso implique sacrificios.					
8-Me siento rechazado(a) por mi grupo.					
9-Mi familia y yo nos divertimos mucho juntos.					
10-Creo que en conjunto soy un desastre.					
11-No le agrado físicamente a los demás, por eso trato de que no se fijen en mí.					
12-Soy bueno(a) resolviendo ejercicios matemáticos.					
13-Soy tan sociable como quiero ser.					
14-He pensado en marcharme de casa.					

15-No me entiendo bien a mi mismo(a).					
16-Busco actividades que exijan de mis habilidades físicas.					
17-Tengo dificultades para escribir y leer con facilidad.					
18-Me disgusta mucho que mis amigos me lleven la contraria.					
19-Soy un buen hijo(a).					
20-Deseo enfrentar la vida sin miedo.					
21-Me cuido bien físicamente.					
22-Frente a los fracasos escolares tiendo a desanimarme y a sentirme vencido(a).					
23-Busco relacionarme bien con los demás.					
24-Me afectan tanto las opiniones negativas de mi familia sobre mí, que creo no poder soportarlo.					
25-Me gusta proponerme metas elevadas, y logro lo que me propongo.					
26-Me siento incapaz de mejorar mi condición física.					
27-Obtengo el resultado que espero en las evaluaciones que realizo.					
28-Tengo dificultades en la comunicación con mis compañeros.					
29-Busco problemas y conflictos con mi familia.					
30-Cuando me señalan los errores reconozco mi equivocación.					
31-Soy fuerte físicamente.					
32-Merezco más de lo que me reconocen en la escuela.					
33-Tengo el éxito que espero en las relaciones con mis compañeros.					
34-En la casa me exigen más de lo que me toca hacer.					
35-No acepto opiniones negativas de los demás acerca de mi persona.					
36-Me afecta emocionalmente que critiquen mi físico.					
37-Prefiero solo realizar tareas fáciles.					
38-Me siento muy triste con facilidad ante el fracaso.					
39-Soy un miembro importante dentro de mi familia.					
40-Soy capaz de organizarme para lograr mis objetivos.					
41-No soy bueno(a) en las actividades deportivas.					
42-Mis malas notas son por la forma de dar clases y de evaluar del profesor.					
43-Mis amigos me consideran una persona alegre.					
44-En casa abusan de mí.					
45-Tiendo a explotarme y a no controlar mis emociones.					

Anexo 20

Calificación e interpretación del EAA

Contiene una escala Likert, contando con 45 ítems que responden a las 5 dimensiones siguientes:

- apariencia física: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41.
- familiar: ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44.
- académica: ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42.
- social: ítems 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43.
- global: ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45.

Para su calificación, se otorga un puntaje de acuerdo con las opciones de respuesta, que van desde casi nunca (1 punto), hasta siempre (5 puntos), en los ítems 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 30, 31, 33, 39, 40, 43; mientras, en los ítems siguientes, la calificación es inversa, desde casi nunca (5 puntos) hasta siempre (1 punto): 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 44 y 45.

De este modo, cada dimensión obtiene un puntaje total de la sumatoria de los ítems que lo componen. Estas puntuaciones directas de cada dimensión se interpretan en baja, media o alta, según los percentiles determinados:

Autoconcepto físico

- bajo: menos de 29 puntos.
- medio: entre 29 y 34 puntos.
- alto: más de 34 puntos.

Autoconcepto académico

- bajo: menos de 44 puntos.
- medio: entre 44 y 53 puntos.
- alto: más de 53 puntos.

Aceptación social

- bajo: menos de 20 puntos.
- medio: entre 20 y 26 puntos.
- alto: más de 26 puntos.

Autoconcepto familiar

- bajo: menos de 18 puntos.
- medio: entre 18 y 25 puntos.
- alto: más de 25 puntos.

Autovaloración global

- bajo: menos de 23 puntos.
- medio: entre 23 y 28 puntos.
- alto: más de 28 puntos.

Anexo 21

Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)

Nombre y Apellidos:..... Edad..... 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 SUCED E A MI.

Quando tú no marcas una cuestión y la dejas en blanco estás diciendo: ESTO NO ES UN PROBLEMA PARA MI, ESTO NO ME SUCED E 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 rien 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 mí se me olvida hacer los trabajos de clases que se me asignan.
-8. Yo no soy muy listo.
-9. Soy demasiado inquieto e intranquilo para estar en clase tanto tiempo.
-10. Me es difícil mantener la atención a la clase.
-11. Necesito que me ayuden en mis estudios.
-12. Mis profesores se burlan de mí.
-13. Mis profesores no están interesados en mí.
-14. Mis profesores se mantienen muy distantes y fríos.
-15. Mis profesores tienen alumnos preferidos.
-16. Mis profesores no me comprenden.
-17. No le agrado a mis profesores.
-18. Mis profesores la tienen cogida conmigo.
-19. Me desagrada esta escuela.

ACERCA DE MI PERSONA

-1. Me altero fácilmente.
-2. Me preocupo por pequeñas cosas.
-3. Soy nervioso.
-4. No puedo dormir de noche.
-5. Me distraigo mucho porque siempre estoy pensando en cosas lindas que no existen.
-6. A veces he pensado que no vale la pena vivir.
-7. Me siento culpable de las cosas que he hecho.
-8. No soy popular entre mis amigos y amigas.
-9. A menudo me siento solo.
-10. Me siento triste y decaído muchas veces.
-11. Soy susceptible y me ofendo con facilidad.
-12. A menudo hago cosas de las que luego me arrepiento.
-13. Las personas se fija mucho en mí.
-14. Creo que no soy tan listo como otras personas.
-15. Prefiero estar solo.
-16. Quisiera discutir mis problemas personales con alguien.
-17. Quisiera saber si mi mente funciona con normalidad.
-18. Siento que no me quieren.
-19. Me preocupa la fealdad o defecto de alguna parte de mi cuerpo.
-20. No tengo confianza o seguridad en mi mismo.
-21. Creo que soy diferente a los demás muchachos.
-22. Yo me como las uñas.
-23. Todo me sale mal.
-24. No sé por que las personas me molestan o se ponen bravas conmigo.
-25. Tengo miedo de equivocarme.
-26. No puedo hacer nada bien.
-27. Soy miedoso.
-28. Casi siempre necesito que me ayuden en las cosas que hago.
-29. No resisto que me digan lo que tengo que hacer.
-30. Casi siempre me gusta hacer lo contrario de lo que me dicen.
-31. No soporto hacer algunas cosas aunque sé que son para bien de mi salud.
-32. Yo digo muchas mentiras.

MI HOGAR Y MI FAMILIA

-1. No me llevo con mis hermanos y hermanas.
-2. Hay discusiones y peleas constantes en mi casa.
-3. Creo que soy una carga para mis padres.
-4. No puedo discutir mis problemas personales con mis padres.
-5. Yo desearía que papá estuviera más tiempo en la casa.
-6. Yo desearía que mamá estuviera más tiempo en la casa.
-7. Me gustaría tener un hermano o una hermana.
-8. Mi padre es muy dominante y autoritario.
-9. Me siento que no formo parte de la familia.
-10. No me gusta invitar amigos a mi casa.
-11. Mis padres tienen favoritos y preferidos entre los hijos.
-12. Mis padres me presionan a que yo estudie el día de mañana lo que ellos quieren y no lo que 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 22

Completamiento de frases.

Nombre: _____ Grupo _____ No _____

Instrucciones: Te ofrecemos un grupo de ideas inconclusas que debes completar, pero antes haz un análisis de ti mismo(a), qué piensas, qué sientes, cómo actúas ante la situación que se te presenta. No debes contestar lo primero que se te ocurra, sino lo que realmente piensas, lo más sinceramente posible. Evita respuestas cortas como bien, mal, sí, no, etc.; es decir, debes ser lo más explícito posible. Ten en cuenta que las frases se refieran a tu desempeño escolar.

- 1) Es estimulante _____
- 2) Mi rendimiento escolar _____
- 3) Durante una evaluación me siento _____
- 4) Mi mejor cualidad _____
- 5) Los demás _____
- 6) Cuando obtengo buenas notas _____
- 7) En el aula soy _____
- 8) Mi mayor problema en la escuela _____
- 9) En mi vida escolar espero _____
- 10) Respecto a los estudios generalmente me siento _____
- 11) Es difícil _____
- 12) Mis logros docentes _____
- 13) Cuando obtengo una baja nota _____
- 14) El futuro _____
- 15) Mis compañeros de escuela creen que yo _____
- 16) Yo aprendo mejor cuando _____
- 17) Ante un problema difícil yo _____
- 18) En la escuela _____
- 19) Mi peor defecto _____
- 20) Me cuesta trabajo comprender _____
- 21) Me merezco _____
- 22) Los errores _____
- 23) Es desalentador _____
- 24) Cuando fracaso _____
- 25) Los éxitos _____
- 26) Cuando me propongo lograr algo _____
- 27) Mi mayor temor _____
- 28) Ante los reveses tiendo _____
- 29) En las clases de Química _____
- 30) La mayor parte de las veces me siento _____
- 31) Mi mayor aspiración en los estudios _____
- 32) Cuando no logro el resultado esperado mediante la vía q _____

Anexo 23

Indicadores para el del análisis del Completamiento de frases.

- Indicador 1: Conocimiento de sus cualidades positivas. Frases 2, 4, 7, 12, 18 y 29.
- Indicador 2: Conocimiento de sus cualidades negativas. Frases 2, 7, 8, 18, 19, 20, 22 y 29.
- Indicador 3: Conocimiento de sus estilos de aprendizaje. Frases 16 y 20.
- Indicador 4: Correspondencia entre los criterios autovalorativos y valorativos. Frases 1, 5, 8, 15, 21 y 23.
- Indicador 5: Correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de ejecución. Frases 9, 14, 23, 27, 29 y 31.
- Indicador 6: Autocontrol ante situaciones diversas(incluidas las de éxito y fracaso). Frases 3, 6, 10, 12, 13, 17, 24, 25 y 28.
- Indicador 7: Flexibilidad en la adopción de metas. Frases 11, 17, 20, 23, 24, 26, 28 y 32.
- Indicador 8: Orientación hacia la superación de sus limitaciones. Frases 22, 24, 28 y 32.

Anexo 24

Tabla 9. Matriz de factores rotados en la DERS-E, para adolescentes.

Leyenda: F1: Factor 1= F1(Metas); F2= Factor 2 (Desatención); F3= Factor 3 (Estrategias); F4=Factor 4 (Rechazo) y F5=Factor 5 (Confusión)

ITEM	F1	F2	F3	F4	F5
1. Tengo claros mis sentimientos.	,127	,666	-,076	,086	,409
2. Pongo atención a como me siento.	,161	,696	,081	-,016	,203
3. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control	,177	-,065	,821	,013	,007
4. No tengo ideas de cómo me siento.	-,058	,222	,209	,018	,694
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento así.	,094	,070	,170	,110	,786
6. Estoy atento a mis sentimientos.	,163	,686	,093	,099	,280
7. Se exactamente como me siento.	,112	,748	,035	,107	,089
8. Estoy confundido(a) por cómo me siento.	,357	,029	,138	,105	,613
9. Puedo reconocer cómo me siento.	,076	,697	,203	,089	,231
10. Me enoja conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.	-,027	,059	,222	,612	,249
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes.	,653	,162	,101	,161	,150
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.	,072	,044	,641	,169	,084
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas.	,449	,138	,082	,109	,006
14. Me siento culpable por sentirme de esa manera.	,272	,016	,055	,726	,047
15. Me cuesta trabajo concentrarme.	,693	,094	,158	,149	,099
16. Me cuesta trabajo controlar lo que hago.	,750	,205	,149	,096	,090
17. Creo que no hay nada a hacer para sentirme mejor.	,169	,074	,650	,124	,039
18. Me molesto conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.	,078	,034	,363	,700	,046
19. Me empiezo a sentir muy mal conmigo mismo(a).	,161	,048	,130	,746	,037
20. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar.	,305	,012	,608	,152	,099
21. Pierdo el control de cómo me porto.	,802	,126	,126	,001	,003
22. Se me dificulta pensar en algo más.	,596	,009	,453	,124	,081
23. Me toma mucho tiempo sentirme mejor.	,168	,102	,076	,198	,409
VALOR PROPIO	5,767	2,458	1,592	1,512	1,200
VARIANZA EXPLICADA	25,073	10,686	6,924	6,573	5,220

Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Anexo 25

Tabla 10. Matriz de factores rotados en la MARS, versión adolescente.

Leyenda: F1: Factor 1=Evitativo y rígido; F2: Factor 2=Expresión emocional y distracción; F3: Factor 3=Apoyo y auto-modificación; F4:Factor 4= Descarga y fisiológico pasivo y F5: Factor 5= Directo y aproximativo.

ITEM	Categoría	F1	F2	F3	F4	F5
1. Hacer o planificar algo para resolver la situación que me hace sentir mal	Instrumental	-,606	-,224	,398	-,158	,495
2. Pensar una y otra vez en lo que pasó, en lo mal que me siento	Rumiación	,725	-,147	,209	,101	-,122
3. Comer algo para mejorar la forma en que me siento emocionalmente	Regulación fisiológica pasiva	,063	,066	,056	,938	-,111
4. Tratar de no mostrar a otras personas cómo me siento	Inhibición y supresión	,812	-,052	-,204	,099	-,212
5. Hablar con alguien que pueda darme apoyo y comprensión, decirle cómo me siento	Apoyo social emocional	,337	,751	,434	-,149	,167
6. Hacer o pensar algo entretenido para distraerme, algo que realmente me guste	Distracción	-,584	,509	,369	-,267	,231
7. Buscar apoyo en mis creencias religiosas	Religión	-,432	-,237	,589	-,070	,288
8. Hablar con alguien que me pudiera dar un consejo, orientarme, ayudar a resolver la situación que me hace sentir mal	Apoyo social instrumental e informativo	-,242	,062	,212	-,137	,853
9. Tratar de ver de otra manera la situación que me hace sentir mal emocionalmente, de encontrarle un significado diferente	Reevaluación positiva	-,339	-,265	,307	-,236	,742
10. Aceptar la situación y la forma en que me siento	Aceptación	-,239	,296	,094	-,166	,856
11. Expresar lo que siento lo más fuerte que pueda: llorar, gritar...	Descarga	,171	,033	-,124	,878	-,108
12. Tratar de estar solo	Aislamiento social	,867	-,035	-,035	,192	-,297
13. Hacer algo especial para recompensarme y sentirme mejor	Autoreconfortarse	,278	,192	,858	-,123	,230
14. Reírme, bromear, tratar de hacerme reír yo mismo o de hacer reír a otros	Humor	-,233	,142	,819	-,065	,098
15. Pensar que hay gente que está peor que yo	Comparación social	-,035	,904	-,113	,081	,038
16. Practicar deporte, hacer ejercicio	Regulación fisiológica activa	,130	,882	-,141	,248	-,205
17. Dormir o acostarme	Regulación fisiológica pasiva	,209	-,039	-,091	,918	-,192
18. Soñar con el momento en el que no tendría este problema	Pensamiento desiderativo	,634	-,160	,601	-,195	,256
19. No hacer nada; no tratar de controlar la situación que me hace sentir mal emocionalmente	Abandono psicológico	,891	-,056	-,267	,216	-,159
20. Tratar de no pensar en lo ocurrido, ignorar lo que siento	Evitación, inhibición	,807	-,139	-,113	,072	-,193
21. Cambiar mi comportamiento hacia la(s) persona(s) vinculadas al problema, para que sepa(n) cómo me siento	Confrontación	-,344	,714	,390	-,129	,155
22. Esperar el mejor momento para manifestar lo que siento	Expresión regulada	-,563	,505	,364	-,217	,196
VALOR PROPIO		5,683	3,587	3,260	3,018	2,924
VARIANZA EXPLICADA		43,857	16,024	10,052	8,572	5,463

Anexo 26

Tabla 11. Correlación entre la MARS ampliada, versión adolescente y las medidas concurrentes.

	DERS-E total	IDAREN Ansiedad estado	CDI depresión	STAXI-II NA ira estado
F1	,653	,484	,147	,427
F2	-,722	-,525	-,270	-,412
F3	-,562	-,291	-,369	-,361
F4	,340	,432	-,114	,243
F5	-,728	-,495	-,319	-,422

Todas las correlaciones fueron significativas con una $p < 0,01$ (dos colas).

Leyenda: F1: Factor 1=Evitativo y rígido; F2: Factor 2=Expresión y distracción; F3: Factor 3=Apoyo y auto-modificación; F4:Factor 4= descarga y fisiológico pasivo y F5: Factor 5= Directo y aproximativo.
Fuente: DERS-E, para adolescentes, IDAREN, IDEREN y STAXI-II N/A .

Anexo 27

Tabla 12. Resultados del IDAREN.

			HTA				NT				p
			N	%	M	RM	N	%	M	RM	
Ansiedad	Estado	Baja	8	13,3			45	75,0			,000
		Media	39	65,0	35,23	82,30	11	18,3	25,10	38,70	
		Alta	13	21,7			4	6,7			
	Rasgo	Baja	18	30,0			34	56,7			,002
		Media	29	48,3	34,70	70,11	18	30,0	30,85	50,89	
		Alta	13	21,7			8	13,3			

Leyenda: HTA: adolescentes normotensos; NT: adolescentes normotensos; RM: rango medio; M: media.

Fuente: IDAREN.

Anexo 28

Tabla 13. Resultados del IDEREN, en los adolescentes hipertensos.

		HTA				NT				p
		N	%	M	RM	N	%	M	RM	
Depresión Estado	Baja	31	51,7			50	83,3			,000
	Media	17	28,3	38,25	72,26	7	11,7	30,07	48,74	
	Alta	12	20,0			3	5,0			
Depresión Rasgo	Baja	46	76,7			49	81,7			,352
	Media	8	13,3	34,45	51,85	7	11,7	33,72	49,23	
	Alta	5	8,3			4	6,7			

Leyenda: HTA: adolescentes normotensos; NT: adolescentes normotensos; RM: rango medio; M: media.

Fuente: IDEREN.

Anexo 29

Tabla 14. Resultados del STAXI-II N/A, en los adolescentes hipertensos.

			HTA				NT				p
			N	%	M	RM	N	%	M	RM	
Ira Estado	Ira Sentimiento	Baja	38	63,3			45	75			,000
		Media	8	13,3	6,33	69,99	10	16,7	5,15	51,01	
		Alta	14	23,3			5	8,3			
	Ira Expresión verbal y física	Baja	49	81,7			51	85,0			,068
		Media	8	13,3	5,38	63,83	7	11,7	5,18	57,18	
		Alta	3	5,0			2	3,3			
Total	Baja	35	58,3			55	91,7			,000	
	Media	21	35,0	11,7	69,88	3	5,0	10,33	51,13		
	Alta	4	6,7			2	3,3				
Ira Rasgo	Ira Temperamento	Baja	37	61,7			34	56,7			,883
		Media	16	26,7	6,38	60,05	18	30,0	6,48	60,95	
		Alta	7	11,7			8	13,3			
	Ira Reacción	Baja	41	68,3			37	61,7			,945
		Media	8	13,3	6,23	60,71	11	18,3	6,43	60,71	
		Alta	11	18,3			12	20,0			
Total	Baja	41	68,3			44	73,3			,402	
	Media	12	20,0	14,2	62,62	14	23,3	12,83	58,38		
	Alta	7	11,7			2	3,3				
Expresión	Interna	Baja	17	28,3			35	58,3			,000
		Media	24	40,0	9,05	73,78	17	28,3	6,97	47,22	
		Alta	19	31,7			8	13,3			
	Externa	Baja	23	38,3			26	43,3			,397
		Media	24	40,0	8,30	63,13	19	31,7	8,02	57,87	
		Alta	13	21,7			13	21,7			
Ctrol	Bajo	38	63,3			30	50,0			,004	
	Medio	15	25,0	8,05	51,42	17	28,3	9,58	69,58		
	Alto	7	11,7			13	21,7				

Leyenda: HTA: adolescentes normotensos; NT: adolescentes normotensos; RM: rango medio; M: media.

Fuente: STAXI-II N/A

Anexo 30

Tabla 15. Matriz de análisis de las entrevistas semi-estructuradas al adolescente.

Categoría	Codificación	Dato bruto	Análisis Sub Categoría
Emociones Displacenteras. Frecuencia	EF (frecuentes)	Casi siempre estoy así...(ansioso, preocupado, triste, nervioso, con genio) Me preocupo por muchas cosas...por todo. Muchas veces me siento (con genio, triste, ansioso, nervioso)...me da por comer, no me puedo estar tranquilo... Muchas cosas me preocupan... Casi todos los días me siento así, como raro, con muchas cosas que siento por dentro.... Lo que más siento es...(ansiedad, tristeza, genio) Muy...(nervioso, molesto, triste) es lo que más siento.	Frecuentes f 13
	EMF (medianamente frecuentes)	Me pongo (ansioso, triste, molesto, berreao), pero es solo algunas veces ¿ves? cuando tengo consulta, cuando hay prueba, no es todos los días. No siempre me siento así (ansioso, triste, nervioso, preocupado, con genio), no puedo decirle fijo así, pero es en algunos momentos nada más. Algunas veces nada más, con las pruebas, con alguna cosa que (me preocupa, me da genio, me pone mal, me da tristeza), me pongo malo, muy nervioso.	Medianamente frecuentes f 39
	EPF (poco frecuentes)	Casi nunca estoy así (nervioso, ansioso, bravo, triste). A veces me preocupan cosas, pero normal, no me siento mal por nada, estoy siempre tranquilo. No, nunca me siento (ansioso, triste, bravo), otras cosas sí, pero así nunca.	Poco frecuentes f 8
Emociones displacenteras. Manifestaciones	EEF (expresión fisiológica)	Lo que más me pasa es que me sudan las manos y casi siempre me duele la cabeza. No me puedo dormir...ah, y mucho come come. A veces me sube la presión cuando me siento así nervioso. 35 Me como las uñas, me siento fatiga, como si el corazón quisiera salir. El nerviosismo se me pasa pa'l estómago. La enfermedad se me pone peor, me han tenido que llevar al consultorio porque tengo la presión mala, es que me da mucha ansiedad.	Expresión Fisiológica de las emociones displacenteras f 60
	AECog (expresión cognitiva)	Me preocupo mucho, pienso mucho en lo que puede pasar. Cuando estoy así me cuesta mucho coger la libreta, es una cosa que leo y leo y es por gusto, no se me graba nada. Me quedo en blanco, cuando voy a hacer la prueba la profe muchas veces me tiene que dar más tiempo, porque cuando empiezo es como si todo lo que estudié se me olvidó.	Expresión cognitiva. f 54
	AECon (expresión conductual)	No me puedo estar tranquilo. Me pongo de un lado pa'otro, vuelvo loca a mi mamá... Mucha intranquilidad, no puedo estar quieto en el mismo lugar cuando estoy así.	Expresión conductual f 35
Emociones displacenteras. Causas	CEs (relacionada con el contexto escolar)	Las pruebas, siempre me ponen nervioso. Mi mayor preocupación, las pruebas, me ponen malo. Muy ansioso, con las pruebas, las cosas de la escuela, siempre me preocupa eso. Cuando único me pongo así (ansioso) es con las pruebas, me da mucho miedo desaprobar	Relacionada con el contexto escolar, especialmente las evaluaciones f 55
	CEn (relacionada con la enfermedad)	No poder comer lo que quiero. Lo que más nervioso me pone es cuando tengo que venir al hospital.	Relacionada con la enfermedad

		Cuando me sube la presión, me pongo muy nervioso.	f 50
	CI (relacionada con las relaciones con los iguales)	Que se burlen de mí, que me digan gordo. Cuando me dicen cosas. Cuando me llevan la contraria y me discuten. Que no tengo casi amigos	Relacionada con la familia f 21
	CF (relacionada con el contexto familiar)	Ah, que mi mamá esté arriba de mí todo el tiempo, eso es lo que más ansioso me pone, no me deja tranquilo. Cuando pienso en mi mamá, en lo lejos que está. Cuando mi papá no me viene a ver. La separación de mis padres. Cuando me castigan o están arriba de mí todo el tiempo. Que no me dejen salir. Que me prohíban algo.	Relacionada con las relaciones con los iguales. f 30
Emociones displacenteras : Interferencia en las metas del adolescente.	ENI (no interferencia)	Cuando me siento...(ansioso, triste, con genio) -Enseguida se me quita, me pongo a hacer otra cosa y ya. -...y eso me hace sentir mejor enseguida. -...y ya me pongo de nuevo a estudiar. -es poco tiempo, es un momento y ya, se me pasa rápido. -le digo 4 cosas, pero después ya la estoy abrazando y todo tranquilo. -...eso me alivia mucho, me distrae, enseguida me siento mejor y puedo seguir en lo mío. -no me afectan -casi siempre es poco tiempo...no me afecta en nada	No interfieren en las actividades ni relaciones del adolescente, en sus metas. f 17
	EIP (interferencia parcial)	Cuando me siento...(ansioso, triste, con genio) -Algunas veces me siento más mal de lo que quisiera, no lo puedo evitar. -no me concentro a veces y algunos días de prueba hasta me bloqueo un poco. -A veces puedo resolver el problema, pero muy pocas, lo que más hago es meter la pata, porque soy explotado y por eso me critican...ese es mi mayor problema. -a veces me busco problemas con mis amigos cuando me siento así -en mi familia es donde más me afecta...a veces...	Interferencia parcial en las actividades y/o relaciones del adolescente, en sus metas. f 25
	EIF (interferencia frecuente)	Cuando me siento...(ansioso, triste, con genio) -No me concentro en nada. -Me bloqueo, una vez hasta me tuvieron que cambiar la prueba, me quedé en blanco y me subió la presión. -Esa intranquilidad me mata, no puedo hacer nada cuando me pongo así -Siento que las cosas no se me pegan, la profe dice y dice y yo estoy en las nubes. -No puedo controlarme, es un genio cuando me discuten...tengo muchos problemas por eso. -Sólo me dan ganas de estar acostado, me tranco en mi cuarto... -Ni en la computadora me entretengo, me pongo muy mal... -Me paso mucho rato así, no me gusta sentirme así, no tengo ganas de hacer nada. -Me hacen sentir mal y me descontrola. -Es un problema en mi vida (la manera de sentirse).	Interferencia frecuente en las actividades y/o relaciones del adolescente, en sus diversas metas f 16
Comprensión emocional (CE)	CE-F (Tendencia en la frecuencia de la comprensión)	Siempre... Casi Siempre... Muchas veces... ... sé cuando me siento mal (emocionalmente)	Comprensión de las emociones displacenteras la mayor parte del tiempo. f 14
		A veces no sé cómo me siento A veces no puedo saber si es que me siento mal o que estoy aburrido	Comprensión adecuada de las emociones

			displacenteras algunas veces sí y otras no. f 17
		No sé...muchas veces no tengo la menor idea de cómo me siento, tampoco me gusta meterle mucho coco a eso. Casi siempre me siento confuso, no sabría decir qué es lo que me pasa... Me siento mal, pero muchas veces no podría decir qué me siento, porque son muchas cosas...	Comprensión adecuada de las emociones displacenteras la menor parte del tiempo. f 29
CE-I (identificación)	Me siento ansioso...; lo que me pone ansioso...; me pone nervioso...; lo que más me preocupa...; que me pone ansioso... Lo que más genio me da...; me molesta...; me pongo bravo...; me da genio... Me siento triste cuando...; me pone triste...; lo que más me hace sentir es tristeza...		Identificación de las emociones displacenteras, utilizando palabras emocionales. f 37
	Cuando eso me pasa me pongo... ¿cómo se dice? ...me ha puesto muy mal. Me siento así, como que no puedo estar tranquilo, una sensación mala... Cuando estoy así me da intranquilidad, no soporto ni que me hablen, lo único que quiero es estar solo y en mi cuarto...es como nervioso...		Identificación parcial, utilizando palabras emocionales en unas emociones displacenteras y otras no. f 23
CE-Ca (comprensión de las causas de las emociones displacenteras)	Mi mayor preocupación... Casi siempre sé por qué me siento...(mal, ansioso, preocupado, triste, bravo, molesto, con genio). Cuando me siento (mal, ansioso, preocupado, triste, bravo, molesto, con genio) yo sé por qué me pasa. Lo que más (ansiedad, preocupación, tristeza, genio) me da es... Me da (ansiedad, preocupación, tristeza, genio) que... Me da (ansiedad, preocupación, tristeza, genio) cuando... ...lo que me da es (ansiedad, preocupación, tristeza, genio). Me (molesto, pongo ansioso, preocupo, da tristeza, da genio) cuando...		Comprensión de las principales causas de las emociones displacenteras. f 12
	A veces me cuesta trabajo saber por qué me siento mal (mal, ansioso, preocupado, triste, bravo, molesto, con genio). No sé (ante una de las emociones displacenteras) Me siento ansioso cuando veo la comida, cuando tengo una prueba...es que me siento así muchos días y a veces no sé sin por qué		Comprensión parcial de las principales causas de las emociones displacenteras F 34
	Muchas veces no sé por qué... Eso quisiera saber yo, por qué me pongo así... No puedo estar en el lugar, arretrato a mi mamá...no sé por qué me pongo malo. Quisiera saber lo que me hace sentir así...		Poca comprensión de las causas de las emociones displacenteras f 14
CE-Co (comprensión de las consecuencias de las emociones displacenteras)	(cuando me siento...) No me puedo concentrar. No puedo estudiar ni más nada hasta que me calmo. Es muy difícil que algo me salga bien, no puedo hacer casi nada, al menos por un rato. No puedo hacer las tareas. Me trae problemas con los demás. Le caigo mal a los demás por eso. Tengo problemas en la escuela, en mi casa, con todo.		Comprensión adecuada sobre las consecuencias de las emociones displacenteras. f 12

		No puedo pensar, ni ver televisor, me da trabajo hacer las cosas. (cuando me siento...) Sólo puedo decirte que no dan ganas de nada. No me concentro bien...no sé qué otra cosa.	Comprensión parcial sobre las consecuencias de las emociones displacenteras f 36
		(cuando me siento...) No sé. No he pensado en eso. Nada...sólo sé que me siento mal y que no quiero estar así. No podría explicar.	Comprensión inadecuada sobre las consecuencias de las emociones displacenteras f 12
Tipos de estrategias (E)	E-I (instrumental)	Me pongo a estudiar. Pregunto por la prueba, averiguo qué puede salir. Me voy para casa de... a ver si puedo estudiar más. Trato de arreglar lo que hice, hablar con ella. Me rompo la cabeza estudiando. Pienso qué puedo hacer para mejorar el problema Hago todo lo que me han dicho, lo que tengo que comer...para tratar de estar bien	Vinculada con la solución o mejora de la situación o problema relacionado con la emoción displacentera, o su planificación. f 24
	E-R (rumiación)	Me pongo a pensar si saldrá esto en la prueba, si no me sé esto, si saldrá lo que estoy estudiando. Pensar mucho, en todo. Ah, lo único que me da es por pensar y pensar. Me quedo pensando un rato, en lo que pasó. Trato de analizar, de pensar.	Rumiación, pensamientos repetitivos sobre las emociones o la situación. f 50
	E-FP (Regulación fisiológica pasiva)	Me da por comer. Me acuesto. Lo que más hago es comer, me da mucho come come. Dormir.	Regulación fisiológica pasiva. f 40
	E-S (supresión)	No lo digo. Me quedo callado No lo expreso, no sé cómo hacerlo, me cuesta trabajo. Sólo se lo digo a mi mamá, y pa'eso muy pocas veces, no me gusta que nadie sepa lo mío. ... me lo callo. Soy cerrao, no me gusta hablar cuando me siento así...	Supresión emocional. f 52
	E-ASE (Apoyo social emocional)	Hablo con mi novia. Hablar con mi mamá. Me voy con mis amigos, con alguien que pueda decirle cómo me siento. Siempre hablo con mi mamá, le digo lo que me pasó, eso me pone mejor. Casi siempre voy para casa de mi papá, es quien mejor me entiende, con quien hablo todo.	Apoyo social emocional. f 28
	E-D (distracción)	Oír música. Pienso en otra cosa que me distraiga. Estar con mis amigos Veo el televisor. Juego en la computadora Salgo a pasear, a divertirme, a ver si desconecto un poco de los problemas	Distracción f 34
	E-Re (religión)	Dejo que Dios me ayude. Rezo por las noches. Voy a la iglesia.	Religión f 25

		Leo la Biblia. Pedirle a Dios que todo se arregle.	
E-ASI (Apoyo social instrumental)		Siempre busco a mi mamá, ella me ayuda en todo. Pregunto a mis amigos, siempre piensan algo. Lo hablo con mi papá, a ver si me ayuda. A veces le pregunto a mi prima, está estudiando medicina, siempre me aconseja. Lo hablo con mi novia, entre los dos es mejor resolverlo.	Apoyo social instrumental f 35
E-RP (reevaluación positiva)		Cuando extraño a mi mamá, pienso que es por el bien de nosotros, para poder arreglar la casa y tener mi propio cuarto. ...que aunque salga mal en la prueba, cualquiera se puede equivocar y al final puedo revalorizar, eso es lo que pensé. Tratar de ver el lado bueno, como dice mi mamá, si me dejó por esa bobería es que no me quería de verdad.	Reevaluación positiva f 13
E-De (descarga)		Ofenderlo Discutir. Digo cosas malas, que me quiero morir, que quiero irme con mi papá Me fajo Me pongo berrinchoso Pelear Grito que estoy cansado de vivir, me da por decir eso. Lloro Tiro la puerta	Descarga o expresión emocional no regulada f 45
E-AS (asilamiento social)		Me gusta estar solo. Me tranco en mi cuarto. Coger pa' la calle, perderme. Irme, salir de la casa Me voy por ahí, pa estar solo, desconectar.	Aislamiento social f 45
E-AR (autorreconfortarse)		Ir a pintarme el pelo, eso me hace sentir mejor Me pongo a imaginar una historia de amor linda, con algún artista famoso. Me voy para las tiendas, aunque sea a comprar una bobería. Me doy un gustazo, a mal tiempo un gustazo, eso me levanta... Le pido a mi mamá que me deje ir a la piscina, ella me deja porque sabe que es lo que más me gusta, eso me tranquiliza.	Autorreconfor_ Tarse f 22
E-H (humor)		Le hago el cuento a mi novia de lo que me pasó para reírnos un poco, le invento un poco de cosas. Me da por hacer chistes, joder a los demás y reírme un poco.	Humor f 21
E-CS (comparación social)		...esto le pasa a todo el mundo. Siempre hay gente con más problemas.	Comparación social f 28
E-FA (regulación fisiológica activa)		Salgo a hacer ejercicios Me voy para el gimnasio Salgo a caminar Salgo a correr.	Regulación fisiológica activa
E-PD (pensamiento desiderativo)		Pensar cuando mi mamá venga. Soñar con las vacaciones, cuando se acaben todas las pruebas. Pienso en cuando termine la prueba, que ya sepa que salí bien.	Pensamiento desiderativo F 29
E-AP (abandono psicológico)		Espero a ver si todo se resuelve. No hago nada.	Abandono psicológico f 22
E-I (inhibición)		Trato de no pensar en eso. Evito pensar en el problema, al final es por gusto. Mientras menos pienso en eso mejor. Borro todo lo que tenga que ver con eso.	Evitación, inhibición f 36
E-C (confrontación)		Le dejo de hablar. Me pongo más pesao con ella.	Confrontación F 26

		Le digo alguna indirecta, alguna pulla.	
	E-ER (expresión emocional regulada)	Me trato de tranquilizar, de no irme a los golpes. Trato de relajarme Me quedo tranquilo un rato, hasta que se me pase el genio. Cuento hasta 10 y me meto en mi cuarto	Expresión emocional regulada
	EF (frecuentes)	Casi siempre estoy así...(ansioso, preocupado, triste, nervioso, con genio) Me preocupo por muchas cosas...por todo. Muchas veces me siento (con genio, triste, ansioso, nervioso)...me da por comer, no me puedo estar tranquilo... Muchas cosas me preocupan... Casi todos los días me siento así, como raro, con muchas cosas que siento por dentro.... Lo que más siento es...(ansiedad, tristeza, genio) Muy...(nervioso, molesto, triste) es lo que más siento.	Frecuentes f 13
	EMF (medianamente frecuentes)	Me pongo (ansioso, triste, molesto, berreo), pero es solo algunas veces ¿ves? cuando tengo consulta, cuando hay prueba, no es todos los días. No siempre me siento así (ansioso, triste, nervioso, preocupado, con genio), no puedo decirle fijo así, pero es en algunos momentos nada más. Algunas veces nada más, con las pruebas, con alguna cosa que (me preocupa, me da genio, me pone mal, me da tristeza), me pongo malo, muy nervioso.	Medianamente frecuentes f 39
	EPF (poco frecuentes)	Casi nunca estoy así (nervioso, ansioso, bravo, triste). A veces me preocupan cosas, pero normal, no me siento mal por nada, estoy siempre tranquilo. No, nunca me siento (ansioso, triste, bravo), otras cosas sí, pero así nunca.	Poco frecuentes f 8
	EEF (expresión fisiológica)	Lo que más me pasa es que me sudan las manos y casi siempre me duele la cabeza. No me puedo dormir...ah, y mucho come come. A veces me sube la presión cuando me siento así nervioso. 35 Me como las uñas, me siento fatiga, como si el corazón quisiera salir. El nerviosismo se me pasa pa'l estómago. La enfermedad se me pone peor, me han tenido que llevar al consultorio porque tengo la presión mala, es que me da mucha ansiedad.	Expresión Fisiológica de las emociones displacenteras f 60
	AECog (expresión cognitiva)	Me preocupo mucho, pienso mucho en lo que puede pasar. Cuando estoy así me cuesta mucho coger la libreta, es una cosa que leo y leo y es por gusto, no se me graba nada. Me quedo en blanco, cuando voy a hacer la prueba la profe muchas veces me tiene que dar más tiempo, porque cuando empiezo es como si todo lo que estudié se me olvidó.	Expresión cognitiva. f 54
	AECon (expresión conductual)	No me puedo estar tranquilo. Me pongo de un lado pa'otro, vuelvo loca a mi mamá... Mucha intranquilidad, no puedo estar quieto en el mismo lugar cuando estoy así.	Expresión conductual f 35

Leyenda: f. frecuencia de aparición.

Fuente: entrevista semi-estructurada al adolescente hipertenso.

Anexo 31

Tabla 16. Resultados de la DERS-E, para adolescentes.

		HTA				NT				p	
		N	%	M	RM	N	%	M	RM		
Subescalas	Desatención	Bajo	26	43,3	7,95	73,71	33	55	3,37	47,29	,000
		Medio	12	20,0			23	38,3			
		Alto	22	36,7			4	6,7			
	Confusión	Bajo	12	20,0	5,30	82,72	46	76,7	1,45	38,28	,000
		Medio	20	33,3			8	13,3			
		Alto	28	46,7			6	10,0			
	Rechazo	Bajo	27	45,0	3,07	75,90	52	86,7	1,67	45,10	,000
		Medio	32	53,3			8	13,3			
		Alto	1	1,7			0	0			
	Estrategias	Bajo	18	30,0	4,02	79,87	49	81,7	1,40	41,13	,000
		Medio	25	41,7			11	18,3			
		Alto	17	28,3			0	0			
	Metas	Bajo	17	28,3	9,45	82,53	45	75	2,18	38,47	,001
		Medio	22	36,7			10	16,7			
		Alto	38	63,3			5	8,3			
	DERS Total	Bajo	10	16,7	32,15	83,84	45	75	11,57	37,16	,000
		Medio	19	31,7			13	21,7			
		Alto	31	51,7			5	8,3			

Leyenda: HTA: adolescentes normotensos; NT: adolescentes normotensos; RM: rango medio; M: media.

Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Anexo 32

Tabla 17. Correlación entre las emociones displacenteras y las subescalas de la DERS-E, para adolescentes.

	DERS-E total	Desatención	Confusión	Rechazo	Estrategias	Metas
Ansiedad	,546**	,671**	,481**	,131	,470**	,552**
Depresión	,443**	,330*	,379*	,262*	,430**	,375**
Ira	,396**	,249	,316*	,228	,349**	,327*

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: DERS-E, para adolescentes; IDAREN, IDEREN y STAXI-II N/A .

Anexo 33

Tabla 18. Resultados de la MARS, versión adolescente.

			HTA				NT				p
			N	%	M	RM	N	%	M	RM	
Factores	M1	Bajo	11	18,3	16,45	80,22	40	66,7	7,08	40,78	,000
		Medio	22	36,7			11	18,3			
		Alto	27	45,0			9	15,0			
	M2	Bajo	19	31,7	16,55	47,66	5	8,3	22,42	73,34	,000
		Medio	25	41,7			26	43,3			
		Alto	16	26,7			29	48,3			
	M3	Bajo	20	33,3	7,78	56,87	23	38,3	8,58	64,13	,250
		Medio	19	48,3			19	31,7			
		Alto	11	18,3			18	30,0			
	M4	Bajo	17	28,3	9,00	73,50	26	43,3	6,03	47,50	,000
		Medio	16	26,7			28	46,7			
		Alto	27	45,0			6	10,0			
	M5	Bajo	36	60,0	7,77	49,78	21	35,0	10,93	71,22	,001
		Medio	19	31,7			26	43,3			
		Alto	5	8,3			13	21,7			

Leyenda: HTA: adolescentes hipertensos; NT: adolescentes normotensos; RM: rango medio; M: media; M1: Factor 1 de la MARS=Evitativo y rígido; M 2: Factor 2 de la MARS=Distracción y Expresión emocional; M3: Factor 3 de la MARS: Factor 3=Apoyo y automodificación; M4:Factor 4 de la MARS= Descarga y fisiológico pasivo y M5: Factor 5 de la MARS= Directo y aproximativo.
Fuente: MARS, versión adolescente

Anexo 34

Tabla 19. Diferencias en los tipos de estrategias de RE utilizados, de acuerdo a las variables sociodemográficas edad y sexo.

		Tipos de estrategias según la MARS, versión adolescente									
		Factor 1 "evitativo y rígido"		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5	
		RM	p	RM	p	RM	p	RM	p	RM	p
Sexo	Femenino	31,60	,778	30,23	,945	30,07	,911	29,03	,706	26,93	,358
	Masculino	30,13		30,59		30,54		30,99		31,69	
Edad	12 años	13,77	,182	16,35	,940	17,88	,495	17,31	,705	20,19	,065
	13 años	18,37		16,61		15,55		15,95		13,97	
	12 años	10,85	,081	13,92	,801	13,50	1,000	11,88	,287	15,81	,125
	14 años	16,15		13,08		13,50		15,12		11,19	
	12 años	11,65	,088	13,69	,650	16,23	,316	13,50	,555	14,65	,928
	15 años	16,97		15,20		13,00		15,37		14,37	
	13 años	15,37	,426	17,00	,734	15,45	,448	14,29	,108	16,34	,910
	14 años	18,15		15,77		18,04		19,73		16,73	
	13 años	16,39	,471	16,84	,681	18,37	,584	15,97	,319	14,71	,066
	15 años	18,90		18,33		16,40		19,43		21,03	
14 años	14,65	,928	13,31	,496	16,42	,254	14,96	,786	11,96	,130	
15 años	14,37		15,53		12,83		14,10		16,70		

Fuente: MARS, versión adolescente.

Anexo 35

Tabla 20. Diferencias en los tipos de estrategias de RE utilizados, de acuerdo a los valores de ansiedad, tristeza e ira.

		Tipos de estrategias, según la MARS										
		Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		
		N	RM	p	RM	p	RM	p	RM	p	RM	p
ansiedad	baja	8	14,4	,028	34,8	,013	34,9	,769	13,4	,015	32,3	,063
	media	39	25,9		21,8		23,8		26,2		22,3	
	baja	8	6,1	,002	17,1	,000	16,4	,303	6,3	,005	14,8	,030
	alta	13	14,0		7,.		13,0		13,9		8,.	
tristeza	media	39	5,0	,000	30,4	,001	24,7	,112	25,0	,183	27,6	,286
	alta	13	14,7		14,9		31,9		30,9		23,3	
	baja	31	19,7	,001	26,0	,279	18,5	,059	20,9	,010	27,3	,739
	media	17	33,2		21,7		12,5		31,1		29,5	
ira	baja	31	20,9	,399	34,9	,014	27,6	,071	19,8	,059	25,1	,009
	media	12	24,7		24,6		19,8		27,8		14,1	
	baja	17	11,0	,034	27,8	,039	26,9	,001	16,0	,471	16,3	,347
	media	12	17,8		15,1		10,9		13,6		13,2	
ira	baja	35	16,2	,059	31,1	,103	27,5	,539	26,7	,243	31,2	,064
	media	21	24,2		24,2		30,1		31,6		23,9	
	baja	35	23,3	,003	19,7	,672	20,0	,947	18,6	,017	21,0	,102
	media	4	36,2		22,5		19,6		32,5		11,0	
ira	baja	21	12,1	,203	12,3	,295	13,2	,748	12,5	,452	13,6	,459
	media	4	17,5		16,8		11,8		15,6		10,0	

Fuente: IDAREN, IDEREN, STAXI-II N/A, MARS, version adolescente.

Anexo 36

Tabla 21. Correlaciones entre las subescalas de la DERS-E, para adolescentes.

	Total	Conciencia	Claridad	Aceptación	Estrategias	Metas
Total	1,000					
Desatención	,965	1,000				
Confusión	,807	,857	1,000			
h	,631	,734	,703	1,000		
Estrategias	,873	,581	,829	,581	1,000	
Metas	,894	,882	,779	,620	,814	1,000

Todas las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: DERS-E, para adolescentes.

Anexo 37

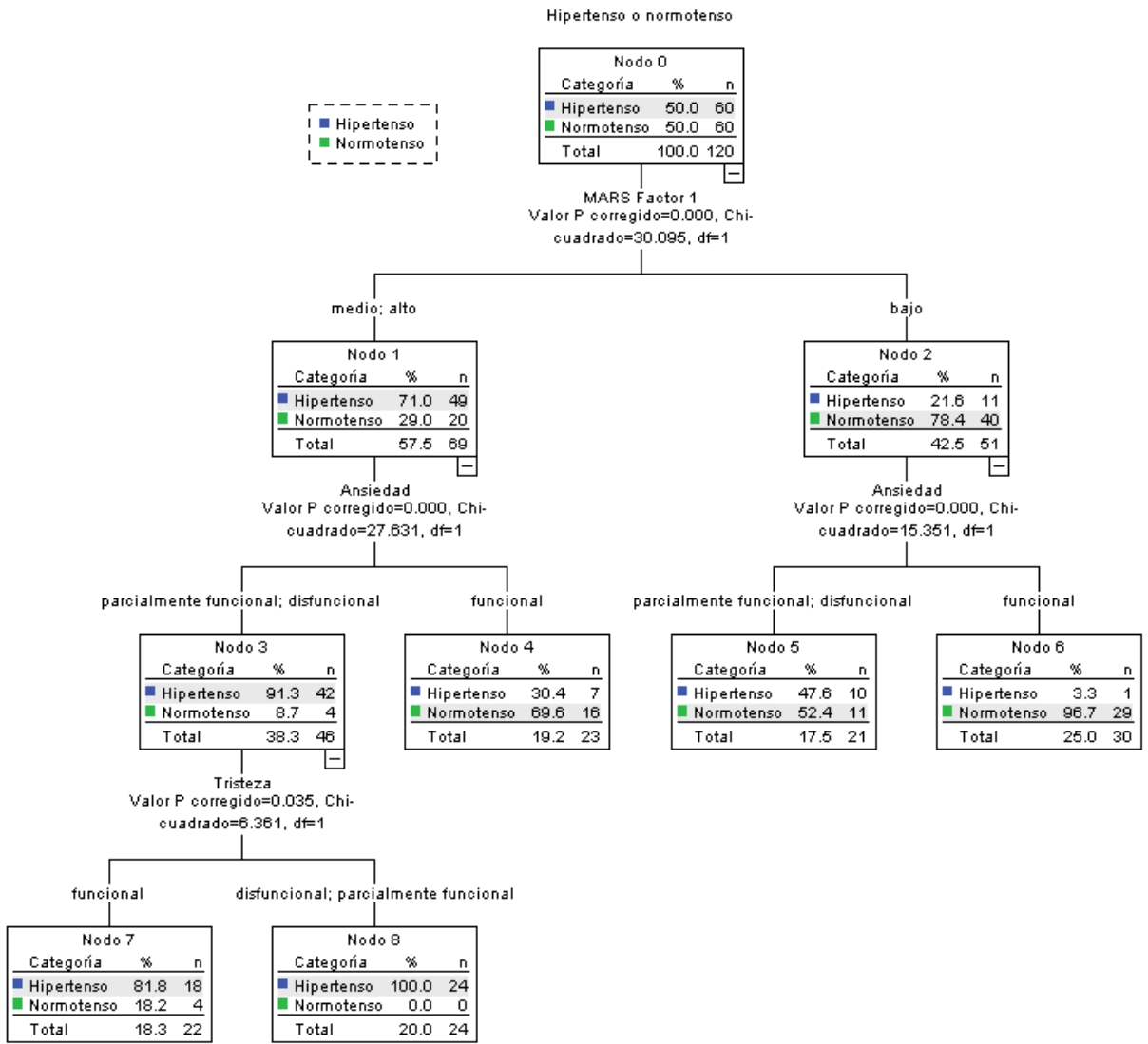


Figura 2. Interacciones de los indicadores de la regulación emocional. Nodo raíz: factor 1 de la MARS “evitativo y rígido”. Fuente: Pruebas psicológicas.

Anexo 38

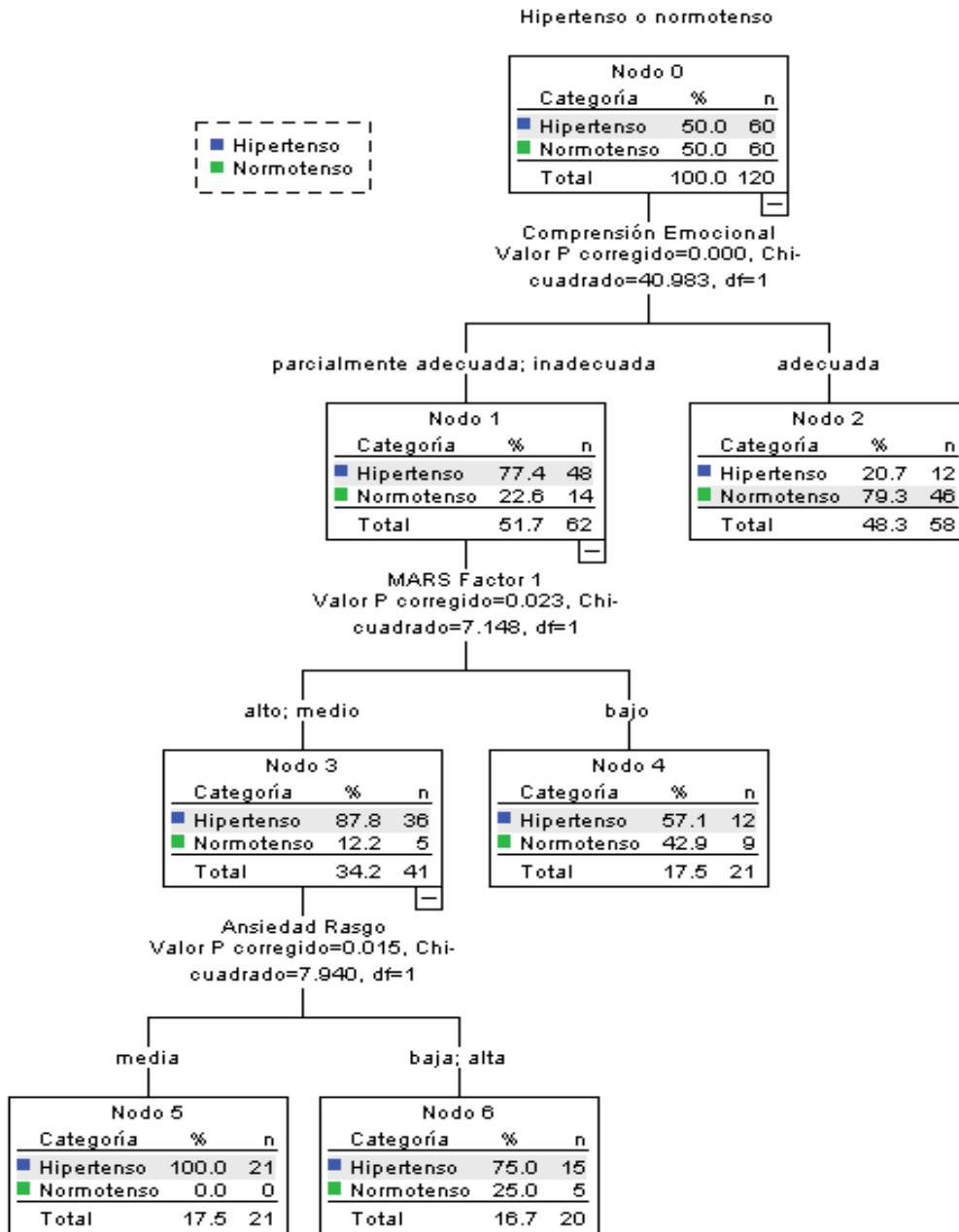


Figura 3. Interacciones de los indicadores de la regulación emocional. Nodo raíz: comprensión emocional. Fuente: Pruebas psicológicas.

Anexo 39

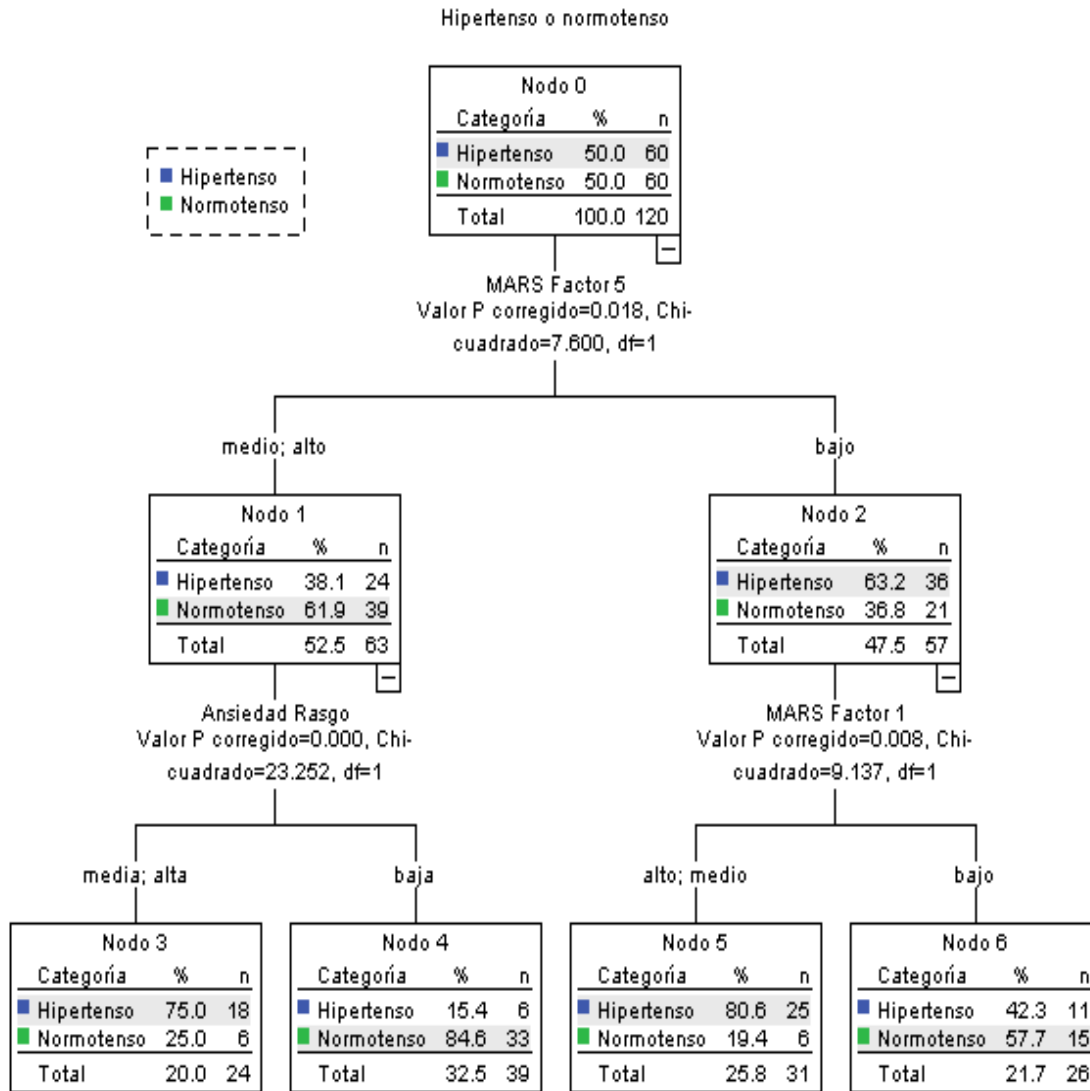


Figura 4. Interacciones de los indicadores de la regulación emocional. Nodo raíz: factor 5 de la MARS “directo y aproximativo”. Fuente: Pruebas psicológicas.

Anexo 40

Estudio de casos

Sujeto 1: Manuel. Regulación emocional con tendencia hacia la funcionalidad.

Datos generales: El sujeto 1, a partir de este momento nombrado Manuel, presenta color de la piel blanco, tiene 13 años de edad y pertenece al sexo masculino. Cursa actualmente el 8vo grado, en una zona urbana y convive con su papá.

Contexto familiar: Hasta que Manuel tuvo 8 años, su familia fue nuclear y con tendencia hacia la funcionalidad. Los padres se divorciaron de mutuo acuerdo, sin conflictos, aunque tuvo como consecuencia negativa el distanciamiento físico y emocional del padre en esos 3 años. A pesar de ello, lo anterior no afectó al menor, gracias al apoyo del resto de la familia que le es más cercana (madre y abuelos maternos y paternos). Desde hace 2 años, el padre comienza a vivir más cerca de Manuel, pero la madre se va a trabajar fuera del país. Ambos padres decidieron que el niño viviera con el papá y no con los abuelos: “no me agradó mucho al inicio, hubiera preferido a mi abuela, pero me llevo con mi papá, me siento bien en su casa” (entrevista al adolescente). Por tanto, actualmente se evidencia una relación armónica entre padre e hijo, con adecuada comunicación y comprensión entre ambos.

Contexto escolar: presenta un rendimiento escolar promedio, con poca motivación intrínseca hacia los estudios, a pesar de lo cual las actividades escolares no constituyen causa de emociones displacenteras. La familia ha influido de manera adecuada, haciendo corresponder las exigencias en este sentido, con las condiciones reales del menor: “no le gusta, qué se le va a hacer, médico no será (risa), ya la madre y yo lo hemos hablado, pero que sea disciplinado, que termine su secundaria” (entrevista al padre).

Relaciones con los iguales: Manuel posee habilidades para los deportes, lo cual, junto con otras características personales, han influido en sus buenos resultados en actividades (principalmente extraescolares), así como en las relaciones con los iguales: “es muy aceptado en el aula, tiene muy buen carácter” (entrevista al maestro). Por tanto, Manuel es un líder positivo entre los coetáneos que le rodean, ya que cuenta con iniciativa, es sociable, posee sentido del humor, es activo y con habilidades para los deportes.

Esfera personal: además de las características anteriormente referidas, se evidencia en Manuel una flexibilidad y capacidad de reajustarse de acuerdo con la realidad, que se está consolidando como característica personal; muestra resiliencia ante los diferentes eventos negativos que le han ocurrido (divorcio de los padres, cambio de vivienda, separación de su madre, la enfermedad hipertensiva), constituyendo muchos de ellos acontecimientos potencialmente psicopatógenos. Las condiciones de educación que le han rodeado desde la infancia, han fomentado características de personalidad en formación como las mencionadas, donde el aprendizaje observacional ha sido importante: “su madre también es así, siempre se está riendo, le da el frente a las cosas como vengán” (entrevista al padre). Es un adolescente con una esfera de intereses que gira en torno a la diversión, el deporte, la música, compartir actividades y tiempo libre con los iguales, alrededor de lo cual se encuentran sus principales metas, siendo potenciadas desde la familia, específicamente por el padre, con quien convive actualmente.

-Ansiedad: Es un adolescente muy activo, pero a su vez, nervioso, apuntando hacia la presencia de ansiedad como característica de personalidad en formación, corroborada en el Idaren (nivel medio, 43 puntos) y otras técnicas: “es un poco ansioso, desde chiquitito era un poco nervioso, cogía lucha por cualquier cosa” (entrevista al padre); “soy nervioso” (IPJ).

-Autovaloración y autoestima: Manuel reconoce estas y otras características personales, evidenciándose un desarrollo adecuado del autonocimiento. Presenta, además una autoestima alta y autovaloración adecuada, a pesar de que la autovaloración física no se muestra así: “quisiera ser un poco más fuertecito” (entrevista al adolescente); No obstante, lo anterior no afecta su autovaloración ni autoestima global, según la EAA (dimensión 5) y otros datos: “no quiero cambiar mi forma de ser, me gusta como soy” (entrevista al adolescente).

Relación con la enfermedad: La enfermedad le se diagnostica hace un año y medio, antes de conocerse la misión de la madre. Dicho diagnóstico no ocurrió a raíz de ningún evento estresante en particular, sino vinculado con la práctica diaria de deporte (football); Manuel llegaba a la casa cansado, con palpitaciones, taquicardia y

subida de la presión arterial (registrada en el área de atención primaria de salud). A pesar de ser un adolescente normopeso con tendencia a la delgadez, presenta antecedentes de HTA por parte de la madre y abuela materna. El diagnóstico fue acogido con sorpresa por la familia. Luego de dos meses de seguimiento, se sintieron más tranquilos. Manuel también se asustó al inicio, pero lo más que le preocupaba era las limitaciones en cuanto al deporte: “se le explicó los ejercicios que puede hacer y los que no, fue lo más difícil de asimilar, pero ya todo está bien, es un paciente muy disciplinado, siempre está preguntando qué puede hacer y qué no”(entrevista al especialista en rehabilitación cardiovascular).

Por tanto, se aprecia en Manuel un proceso de aceptación de la enfermedad, teniendo como base el conocimiento acerca de la misma, proporcionado por diferentes vías, principalmente la familia y el personal médico. A pesar de ello, la enfermedad representa un hecho significativo para Manuel, con una connotación negativa en el sentido de las limitaciones que trae consigo para una de las actividades que más le motiva: el deporte.

Regulación de las emociones displacenteras:

-Comprensión emocional: actualmente, la lejanía de su mamá y la enfermedad constituyen las principales causas de sus emociones displacenteras (especialmente de la ansiedad y la tristeza): “deseo que mi mamá ya termine su trabajo allá afuera”; “deseo que a mi mamá no le pase nada”; “deseo que mi enfermedad no se descontrole más” (10 deseos); “me da genio cuando mi papá no me deja ir con mis amigos, porque tengo algo que hacer en la casa”; “extraño a mis abuelos, quisiera verlos más, y a mi mamá...me pone triste a veces” (entrevista al adolescente).

Por tanto, en Manuel se aprecia conciencia y claridad de sus emociones y las principales causas, lo cual es constatado en los resultados que obtiene en las subescalas 1 y 2 de la DERS-E (nivel bajo de dificultades). Reconoce igualmente cómo sus emociones displacenteras pueden interferir en la realización de actividades y relaciones que resultan importantes para él: “cuando me da por ponerme nervioso y estar pensando en cosas malas a veces me da miedo, porque siento que las manos me sudan...a veces ni oigo lo que ellos hablan (sus amigos)...me equivoco en el juego” (entrevista al adolescente).

-Estrategias de regulación emocional: se constata en Manuel un amplio repertorio de estrategias de regulación, predominantemente adaptativas. Resalta el uso estratégico que hace el adolescente de dichas estrategias, en dependencia de la situación y sus propias características. En primer lugar, Manuel emplea de manera poco frecuente estrategias contempladas en los factores 1 y 4 de la MARS. Estrategias como la rumiación y el pensamiento desiderativo, son reemplazadas rápidamente por estrategias fundamentalmente vinculadas con la distracción y regulación fisiológica activa (deporte), siendo las más frecuentes; pero también emplea de manera parcialmente frecuente, las siguientes: la reevaluación cognitiva, el apoyo social emocional e instrumental, la expresión emocional regulada y la vivencia de emociones contrarias, según la MARS y el resto de las técnicas: “tengo que ponerme a hacer otra cosa, tratar de relajarme. Mi mamá está bien cuidada y pronto estará aquí, como me dijo”; “bueno, mi papá está conmigo, eso es algo en lo que tengo que pensar” (ficha); “lo que más hago es salir a relajarme un poco, con mi piquete” (entrevista).

A pesar de que en Manuel se aprecia autonomía, propiciada especialmente por sus padres, en sus estrategias se combinan mecanismos internos y externos de regulación emocional, resaltando en estos últimos los iguales y la familia, ambos con una implicación positiva. No sólo constituyen fuente principal de apoyo social, que lo protege ante hechos como la lejanía física de su madre; también proporcionan aprendizajes de modos para enfrentar las situaciones y regular las emociones.

- Emociones displacenteras (con tendencia a la funcionalidad): según los tests aplicados, Manuel obtiene puntuaciones bajas en todos ellos, datos constatados en otras técnicas. De las tres emociones evaluadas, la ira es la menos frecuente y, cuando se presenta, su intensidad es baja, sobre la base de un control asertivo de la misma: “cuando estoy con genio...trato de relajarme, de pensar en otra cosa”; en subescala de control del STAXI, obtiene nivel medio.

Según la ficha, las emociones displacenteras más frecuentes son la ansiedad y la tristeza; la primera registrada al menos una vez por semana, mientras que la tristeza la vivencia una o dos veces al mes, aproximadamente. Mediante las estrategias anteriormente señaladas, Manuel logra modular estas emociones de forma funcional y que no interfieran en sus metas, actividades y relaciones fundamentales. Esto se constata en la DERS-E, donde la

puntuación es baja, de manera total y en todas las subescalas, incluyendo la 4 y la 5, indicando cómo cuenta con estrategias de RE que favorecen su comportamiento guiado hacia metas (subescala 5).

Consideraciones finales: Manuel ha enfrentado importantes eventos vitales, especialmente durante el último año y medio. Su capacidad para sobreponerse ante tales eventos, de buscar apoyo en las condiciones favorables que le rodean (sociales, pero también internas), de implicarse en actividades y relaciones que le proporcionan disfrute y protección ante tales circunstancias, entre otros elementos, ha posibilitado que las emociones displacenteras se mantengan bajo indicadores de funcionalidad, sin afectarse su equilibrio ni ajuste personal y social. De modo que se aprecia el predominio de emociones placenteras, así como emociones displacenteras con características ya abordadas: “casi siempre me siento bien, estoy contento casi todos los días” (ficha). De esta forma, Manuel es un adolescente que presenta un proceso de regulación emocional con tendencia hacia la funcionalidad.

Sujeto 4. Regulación emocional parcialmente funcional.

Datos generales: Sujeto 4, a partir de este momento nombrado Bryan, viven en una zona urbana, cursa actualmente el 7mo grado y tiene 12 años. Presenta color de la piel blanco y pertenece al sexo masculino. Convive con su mamá y su papá, siendo una familia nuclear.

Contexto familiar: Predominan en la familia estilos educativos inadecuados. En la madre se combina la sobreprotección con excesivas exigencias, especialmente en relación al ámbito escolar, mientras que el padre se muestra permisivo, evidenciándose, por tanto, la inconsistencia: “él papá lo consiente en todo, si yo no lo obligo a estudiar, no sé que hubiera pasado” (entrevista a la madre). A pesar de ello, el medio familiar representa para el menor su principal fuente de apoyo social, existiendo la expresión de afecto entre sus miembros, así como la ausencia de conflictos entre ambos padres, siendo las relaciones armónicas a pesar de la inconsistencia alrededor de la educación del menor “frecuentemente mi familia y yo nos divertimos juntos”; “siempre soy un miembro importante dentro de mi familia”(EAA). Por tanto, el contexto familiar se constata ambivalente, teniendo lugar experiencias agradables, pero igualmente displacenteras.

Contexto escolar: Los resultados docentes de Bryan son regulares. Se evidencia la desmotivación por los estudios y ansiedad ante los exámenes y otras situaciones evaluativas, elementos condicionados, en parte, por las exigencias de la madre.: “frecuentemente soy lento para realizar el trabajo escolar” (EAA); “mi mayor problema en la escuela las pruebas”; “cuando obtengo una baja nota mi mamá me regaña”; “mi mayor temor las pruebas” (completamiento de frases); “no me gusta estudiar” (IPJ y entrevista al adolescente). Por tanto, una de las áreas que más ha incidido en su desarrollo psicológico de manera negativa, ha sido la escolar y los fracasos que ha presentado en ella, unido a las exigencias elevadas por parte de la madre, en relación con las capacidades y potencialidades del menor. Por tanto, el ámbito escolar presenta una connotación negativa desde el punto de vista emocional.

Relaciones con los iguales: Bryan es aceptado en su grupo de iguales: “siempre está de buen humor...tiene amigos, es sociable con ellos, se lleva bien, juegan juntos” (entrevista a la madre); “tengo amigos, siempre estamos haciendo cosas... la paso bien...nos reímos” (entrevista al adolescente). Este espacio de relaciones con los iguales resulta placentero para Bryan.

Esfera personal: Bryan se caracteriza por ser un adolescente alegre y sociable: “casi siempre está de buen humor, riéndose, haciendo chistes...” (Entrevista a la madre)

-Ansiedad: los datos aportados por la madre, la maestra y el propio adolescente, apuntan hacia la ansiedad como característica de personalidad en formación en Bryan, lo cual se confirma al aplicar el Idaren escala rasgo, donde el adolescente obtiene un nivel alto.

-Autovaloración y autoestima: las experiencias ambivalentes que Bryan presenta en relación con los contextos familiar y escolar, han influido en estas dos formaciones, con dificultades actualmente. Si bien de manera global son adecuadas, cuando se analizan en sus dimensiones específicas, se encuentran que están afectadas aquellas que se vinculan con los contextos referidos, siendo subescalas en las que obtiene niveles bajos (escolar) y medios (familiar) en el EAA. En el resto de las subescalas de dicho instrumento, las puntuaciones son altas, mientras que en el inventario de autoestima se evidencia en un nivel medio esta formación, corroborado en otras técnicas: “desearía ser más inteligente”; “lo que menos me gusta es que soy nervioso y que no soy bueno en la escuela...lo que más me gusta de mí es que tengo muchos amigos, mi carácter” (entrevista al adolescente).

Se aprecia también una percepción de autoeficacia muy baja en relación con su desempeño docente, que influye en la ansiedad que experimenta ante las evaluaciones: “cuando estudio para un examen muchas veces pienso que voy a salir mal...que se me van a olvidar las cosas” (ficha y entrevista al adolescente).

Relación con la enfermedad: al adolescente se le diagnostica la HTA hace un año: “estaba haciendo una pregunta escrita...se pone nervioso con las pruebas” (entrevista a la madre). Según esta última, la enfermedad no ha tenido gran impacto emocional en Bryan: “lo ha tomado muy a la ligera, a no ser por el tema de la dieta, es histórico, no hay quien le haga comer lo que tiene que comer, hay que estarlo velando, los ejercicios es una función, yo le digo el show Bryan...es muy sedentario, aunque como ve es más bien flaco, pero lo de él es el televisor, damas...”(entrevista a la madre).

Según los datos anteriores, se perciben dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del adolescente. El impacto emocional de la enfermedad se relaciona con las prohibiciones en cuanto a la dieta.

Regulación de las emociones displacenteras:

Actualmente, la emoción displacentera más frecuente en Bryan es la ansiedad, seguida de la ira; la tristeza se presenta muy aisladamente. Las situaciones de examen y vinculadas con las restricciones en cuanto la dieta, constituyen las principales causas de estas emociones, mediadas por la interrelación entre las exigencias de la madre y las propias características de personalidad en formación del adolescente: “lo que más me pone ansioso las pruebas y no comer lo que quiero; lo que más me da genio, que no me dejen comer lo que quiero”(entrevista al adolescente); “deseo poder comer lo que quiera”(deseo 10).

-Comprensión emocional: Bryan presenta una comprensión emocional parcialmente adecuada, pues existen algunas dificultades para identificar cómo se siente, fundamentalmente cuando está ansioso. En este sentido, obtiene un nivel medio en las subescalas conciencia y claridad emocional, de la DERS-E. Sin embargo, existe total comprensión de cuánto influye esta ansiedad en su vida, reconociendo que interfiere en su actividad, fundamentalmente: “no me deja estudiar; no me deja concentrarme en lo que hago...es un problema en mi vida, hace que me suba la presión” (ficha y entrevista al adolescente). Las expresiones anteriores, Bryan siempre las acompaña con palabras como “un poco”, “a veces”, elementos constatados en la DERS-E, subescala vinculada con el comportamiento guiado hacia metas, donde obtiene un nivel medio.

-Estrategias de regulación emocional: entre las estrategias que emplea para modular sus emociones, se combinan tanto adaptativas como inadaptativas, que lo conducen hacia un proceso también parcialmente funcional, elementos que se constatan en la DERS-E, total y subescala vinculada con el acceso limitado a estrategias de RE, obteniendo en ambas puntuaciones medias. Entre las estrategias que despliega Bryan, se destaca la rumiación, fundamentalmente antes de enfrentarse al evento o situación, anticipándose al mismo con preocupación como núcleo de la ansiedad: “pienso mucho en que voy a salir mal, me da miedo desaprobarme...lo que más pienso es en la prueba, en que no quisiera que llegara el día de hacerla...en lo nervioso que me pone”(ficha y entrevista); también se evidencia el aislamiento social: “a veces me meto en mi cuarto, para pensar un poco” (entrevista al adolescente y ficha). Estas estrategias son la que principalmente se encuentran implicadas en la frecuencia e intensidad media de la ansiedad, relacionadas con la baja percepción de autoeficacia.

Pero luego de estos momentos iniciales, Bryan despliega estrategias más adaptativas, que propician atenuar la ansiedad inicial, por lo que el indicador duración de esta emoción se presenta en un nivel bajo. Dentro de estas estrategias, se encuentra el apoyo social instrumental y emocional: “le pido ayuda a mis amigos, pregunto sobre la prueba...me rompo la cabeza estudiando... mi mamá, le digo que estoy mal, nervioso...siempre me ayuda”; la distracción, la reevaluación cognitiva y autoreconfortarse. De manera general, según la MARS, Bryan emplea frecuentemente estrategias contempladas en los factores 2, 3 y 5, y parcialmente frecuente, aquellas reflejadas en el resto de los factores.

También dentro de las estrategias más adaptativas que utiliza Bryan, se encuentran las vinculadas con su expresión emocional: algo muy favorable son sus habilidades para expresar sus emociones, siendo frecuente en él hablar con sus padres y sus amigos en este sentido, lo cual favorece la disminución de las displacenteras. Otro elemento distintivo en Bryan, es la implicación de mecanismos externos en su RE, especialmente el rol de su madre. Por una parte, esta constituye una fuente de apoyo social importante y se encuentra implicada (directa o indirectamente) en las estrategias de RE en Bryan; pero, por otro lado, su rol en ocasiones directivo más que

mediador, le imprime al proceso de RE del adolescente un carácter predominantemente externo, en detrimento de la implicación de procesos internos.

Todas estas estrategias, en su conjunto, si bien logran que la ansiedad interfiera sólo parcialmente en la actividad, son más funcionales en este objetivo vinculado con la realización de metas que en relación con el objetivo emocional, pues no evitan que la intensidad de la emoción llegue a ser media (incluso, alta en aisladas ocasiones), con una activación psicofisiológica, que incluye el incremento de las cifras tensionales.

Consideraciones finales: en Bryan se constata el predominio de emociones placenteras la mayor parte del tiempo, como se ha planteado anteriormente, exceptuando los periodos de evaluaciones y exámenes en la escuela, así como los momentos en que su mamá le exige el cumplimiento de la dieta. Si bien la enfermedad no ha impactado directamente en Bryan, ha incidido en el incremento de las exigencias de la madre hacia el adolescente, aumentando también los momentos de conflictos entre ambos, cuestión que repercute en la ansiedad del menor, fundamentalmente. Por tanto, su bienestar emocional es medio, valorándose como significativo las exigencias diarias alrededor de una actividad que no le motiva, para la cual no cuenta con capacidades acordes con dichas exigencias y en la cual le preocupa obtener bajas calificaciones.

Integrando los resultados anteriores, se considera la RE de Bryan como parcialmente funcional, constituyendo un factor de riesgo para la enfermedad, pues si bien logra que sus emociones no interfieran en sus actividades gran parte del tiempo, en ocasiones, presenta una activación importante desde el punto de vista fisiológico (muy relacionada con estrategias de acercamiento rígido a la situación, como la rumiación), que puede incrementar su vulnerabilidad en este sentido. Por otro lado, la presencia de mecanismos externos de regulación, a pesar de estrategias adaptativas presentes en Bryan, potencialmente puede traer mayores consecuencias para el bienestar y desarrollo psicológico general del menor.

Sujeto 7. Yilena. RE disfuncional.

Datos generales: Sujeto 7, a partir de este momento nombrada Yilena, tiene 13 años de edad, color de la piel blanco, sexo femenino y cursa actualmente el octavo grado. Convive con su mamá y su bisabuela, en una zona urbana, siendo una familia uniparental extensa.

Contexto familiar: Según la madre, Yilena siempre ha sido una niña muy rebelde: "... y bocona, desde chiquita muy torpe, lo rompe todo, mandos del TV, hebillas, todo lo que caiga en sus manos, es muy ansiosa, tengo que estarle gritando constantemente a ver si reacciona, es imposible" (entrevista a la madre). De modo que se evidencian estilos educativos inadecuados como la rigidez, pero también resulta inconsistente, ya que en ocasiones predomina la permisividad: "hay veces que la dejo por incorregible y que acabe, porque de verdad que no puedo, que acabe con la quinta y con los mangos" (entrevista a la madre). Igualmente, se constata el rechazo por parte de la madre hacia su hija, así como otras dificultades en sus relaciones, evidenciándose conflictos entre ambas y entre varios miembros de la familia: "en mi familia hay muchos problemas, se discute mucho" (entrevista a la adolescente).

Por otro lado, en relación con el padre se constató que existen escasas relaciones con éste y Yilena: "no se lleva bien con su papá y quiere aparentar que no le interesa, pero siempre está pendiente de él...las pocas veces que la viene a ver se pone muy ansiosa...es una intranquilidad que coge". Además de las dificultades en las relaciones con el padre, se percibe en Yilena una tendencia a no mostrar sus emociones, al menos con su madre.

Todos estos conflictos presentes en la familia tienen impacto emocional importante para la adolescente: EAA: nunca o pocas veces (como opciones de respuesta) "mis padres me comprenden bien"; "mi familia y yo nos divertimos juntos"; "soy un miembro importante de mi familia"; así como frecuentemente: "he pensado marcharme de casa".

Contexto escolar: Yilena presenta resultados docentes regulares, así como desmotivación por el estudio. La escuela se convierte en otra de las causas de conflicto entre madre e hija, ya que la primera exige de manera inadecuada que la menor cumpla las tareas y deberes escolares: IPJ: marca todo lo relacionado con la escuela, incluyendo la desconcentración, falta de motivación por el estudio, dificultades con los maestros, necesidad de niveles de ayuda, entre otros (IPJ); "mi mayor problema en la escuela es que no me gusta estudiar", "respecto a los estudios generalmente me siento mal", "cuando obtengo una baja nota mi mamá me castiga", "mi mayor temor las pruebas" (completamiento de frases).

Relaciones con los iguales: Yilena es una adolescente rechazada por la mayoría de sus compañeros: “no tiene tantos amigos, cuando alguno le dice algo que no le gusta se pone a discutir, es muy bocona, tiene discusiones con ellos porque tiene un carácter muy fuerte, en eso se parece un poco a mí” (entrevista a la madre); “es una adolescente muy conflictiva, siempre esta discutiendo” (entrevista a la maestra); en el IPJ, marca todos los ítems de la esfera “relaciones con los demás muchacho y muchachas”, excepto las frases 6, 10, 13, 14, 15 y 16; en el EAA, obtiene puntuaciones bajas en la dimensión social, destacando ella misma cómo se siente rechazada por su grupo y presenta dificultades en las relaciones con éstos la mayoría de las veces.

Esfera del desarrollo personal:

-Ansiedad: continuamente se obtiene datos acerca de la tendencia en la adolescente para reaccionar con ansiedad ante diversas situaciones, lo cual se constata al aplicar el Idaren en su escala rasgo, donde obtiene una puntuación de 37 puntos, indicativa de un nivel medio de ansiedad rasgo.

Igualmente se evidencia en Yilena su tendencia hacia reaccionar con ira en las relaciones con las otras personas. De modo que, cuando se aplica el STAXI, escala rasgo, obtiene 19 puntos, indicativo de un nivel medio de ira rasgo, manifestado en otras técnicas: EAA siempre “Me disgusta mucho que mis amigos me lleven la contraria”; “casi siempre... busco problemas y conflictos con mi familia”(EAA); “siempre estoy discutiendo”(entrevista a la adolescente).

-Autoestima y autovaloración: Yilena presenta una autovaloración inadecuada, centrada en características negativas de sí misma, teniendo igualmente una autoestima muy baja: “los demás me ven geniosa y pesada” (entrevista a la adolescente); CDI: “soy fea”; “no me gusta como soy”. De modo que obtiene puntuaciones bajas en todas las dimensiones de la EAA, así como en el inventario de autoestima.

En esto último, además de los continuos fracasos anteriormente referidos, también ha influido el hecho de ser obesa desde pequeña: “tiene mucho complejo con lo de ser gorda, siempre le han dicho gorda y eso le da mucho genio” (entrevista a la madre); “deseo no ser gorda” (10 deseos).

Como se ha venido reflejando, es una adolescente que se le dificulta controlar sus emociones, siendo explosiva en ocasiones (“frecuentemente tiendo a explotarme y a no controlar mis emociones”- EAA). No obstante, dicha expresión no regulada se combina con la supresión e inhibición emocional, siendo reservada la mayor parte del tiempo, excepto en los episodios de ira. Lo anterior se constata en la escala de expresión, del STAXI, donde Yilena obtiene niveles medios en la expresión interna de la ira, un nivel alto en su expresión externa y bajo control de la ira.

Relación con la enfermedad: el diagnóstico de la HTA esencial tuvo lugar hace aproximadamente un año, a partir de un problema familiar muy grande, en el que la madre rompió relaciones con el resto de la familia (entrevista a la madre), corroborando las dificultades de los familiares de Yilena, para resolver los conflictos interpersonales de manera asertiva. La enfermedad ha tenido un impacto importante para la adolescente: “después de la enfermedad todo ha empeorado, está mas rebelde, me hace el caso del perro cuando le digo que no puede comer algo, no hace los ejercicios...aunque para mí la dieta esa que le mandaron es muy estricta” (entrevista a la madre); “deseo no estar enferma” (10 deseos); “no quiero estar enferma, es lo peor que me ha pasado” (entrevista a la adolescente).

Por tanto, con la enfermedad se han agudizado los conflictos madre-hija. Aunque se han adoptado algunos cambios relativos a la dietas, predomina el no cumplimiento de las indicaciones médicas. “esta paciente no ha bajado de peso desde el diagnóstico, ha tenido consulta cada dos meses pues no se logra compensar, hemos tenido que ir incrementando la dosis del medicamento pero no se logra el resultado esperado, le hemos explicado que si no cumplen con todo el tratamiento va a ver que ingresarla” (entrevista al médico). Es evidente que la adolescente no acepta la enfermedad, proceso que se ve entorpecido también por la actitud de la madre, quien cuestiona las indicaciones médicas en ocasiones, además de exigir en formas inadecuadas el cumplimiento de las mismas por parte de Yilena. La adolescente no se siente con responsabilidad en este sentido, rechazando aún más todo lo vinculado con la enfermedad, a pesar de que conoce los aspectos esenciales en relación con la misma (factores de riesgo, consecuencias, tratamiento). Las propias descompensaciones de la presión arterial que sufre Yilena le generan preocupación y ansiedad: “me dan mareos, me pongo roja, me duele la cabeza y se me ponen los ojos llorosos, eso siempre me asusta”(entrevista a la adolescente).

Por tanto, el afrontamiento de la enfermedad, tanto en Yilena como en su madre resulta similar con la inadecuación que se ha apreciado en ellas, al enfrentar las otras situaciones difíciles.

Regulación emocional:

La interrelación entre los contextos socializadores donde predominan elementos desintegradores, con las características de personalidad en formación de Yilena, condicionan la presencia de dificultades importantes en la mayoría de las actividades y relaciones que conforman su situación social de desarrollo, predominando en ella vivencias negativas. De todos los contextos socializadores, el que mayormente ha influido en sus características ha sido el familiar, repercusión que también se aprecia en la RE de Yilena. La menor repite comportamientos que están presentes en sus padres, especialmente en su madre, con quien convive, caracterizándose por una expresión no regulada de sus emociones (principalmente su ira), combinándose con la supresión de las mismas.

Teniendo en cuenta todas estos elementos, actualmente Yilena presenta niveles importantes de las tres emociones displacenteras evaluadas. Según los test aplicados, se evidenció la ira y la ansiedad en niveles altos, mientras que la tristeza en un nivel medio. Las principales manifestaciones de estas emociones incluyen trastornos del sueño, intranquilidad, onnicofagia, irritabilidad, taquicardia e incremento de la presión arterial, según los datos obtenidos en diversas técnicas. En cuanto a las causas, el contexto familiar y de relación con los iguales, así como la enfermedad, se asocian con las tres emociones displacenteras. En el caso del ámbito escolar, Yilena identifica "las pruebas" como su principal fuente de ansiedad: "me pongo muy nerviosa, me da miedo salir mal" (entrevista a la adolescente); "se pone tensa en las pruebas, a veces se queda bloqueada y hasta le han dado mareos que ha tenido que parar el examen y esperar un rato" (entrevista a la maestra).

-Comprensión emocional: en Yilena se aprecia poca conciencia y comprensión de los elementos anteriormente descritos. Únicamente reconoce las principales causas de sus emociones: "mis mayores preocupaciones: las pruebas, los pleitos de mi casa y ser hipertensa...discutir con mis amigos"(entrevista a la adolescente). No obstante, a veces le resulta difícil reconocer las causas de la ansiedad y la tristeza: "son muchas cosas en mi cabeza, me da por pensar cosas, me siento mal...no sabría decir" (entrevista a la adolescente). Pero principalmente se le dificulta comprender las consecuencias de sus emociones. Principalmente la ansiedad y la ira, están interfiriendo en el rechazo de sus iguales hacia ella, siendo relaciones significativas para Yilena; también inciden en su desempeño académico: "esas emociones...no interfieren en las cosas que hago...no me desconcentran...no son un obstáculo en mi vida" (ficha y entrevista a la adolescente). Lo anterior se contradice con el resultado de la DERS-E, en la dimensión del comportamiento guiado hacia metas, donde Yilena obtiene puntuación alta, indicando que frecuentemente, cuando se siente mal, su comportamiento se descontrola, sin poder concentrarse en lo que hace.

Cuando se aplica la DERS-E las dimensiones 1 y 2, vinculadas con la conciencia y claridad emocional, la adolescente obtiene un nivel bajo en ambas, corroborando los resultados anteriores.

-Estrategias de RE:

Sobre esta base, sus estrategias de RE son predominantemente desadaptativas: "cuando me siento mal no lo digo, no sé como hacerlo...cuando estoy brava con alguien, me fajo, peleo" (ficha). Las más frecuentes, son todas aquellas estrategias contempladas en los factores 1 y 4 de la MARS, siendo aisladas las estrategias de los factores 2, 3 y 5. Lo anterior se confirma, al obtener puntuaciones altas en la DERS-E total, así como en la subescala 4, relacionada con el acceso limitado a estrategias de RE, claramente evidenciado en la menor. Por otro lado, sus características de personalidad en formación, relacionadas con la ansiedad, la ira y las dificultades en la autovaloración y la autoestima, influyen en procesos valorativos inadecuados de las diversas situaciones que se le presentan, evaluando como amenazantes una gran cantidad de éstas, a la vez que condicionan la selección de estrategias de RE predominantemente evitativas y/o de expresión emocional no asertiva ni regulada.

Yilena tiene poca conciencia de las consecuencias de sus emociones para objetivos que resultan importantes en su bienestar, de modo que se le dificulta el planteamiento de metas de RE, agravado este hecho por el número limitado de estrategias con que cuenta. Por tanto, las estrategias llevadas a cabo por Yilena intensifican sus emociones displacenteras, alcanzando niveles de intensidad, duración y frecuencia altos y medios, que le generan malestar e interfieren en la satisfacción de necesidades importantes para ella, de metas vinculadas con la diversión, las relaciones con iguales y con su propia familia, especialmente su madre.

Consideraciones finales: a Yilena le rodea un medio social adverso y cuenta con poco apoyo social; las relaciones con los iguales, que pudieran constituir importante fuente en este sentido, se dificultan por la propia forma de regular sus emociones, entre otros elementos. Es una adolescente, por tanto, con un nivel bajo de bienestar emocional: “no me considero feliz...pocas veces puedo pasarla bien, divertirme, en mi casa casi siempre me siento mal”(entrevista a la adolescente). En la ficha, se registran aisladamente momentos donde predominan emociones placenteras.

Por tanto, continuamente fracasa en su sistema de relaciones y actividades, elemento que afecta aún más su desarrollo psicológico. De modo que los indicadores de la RE presentan en Yilena una tendencia hacia la disfuncionalidad, afectándose el propio afrontamiento de la HTA, a la vez que ésta se convierte en otro elemento de riesgo para su bienestar. Teniendo en cuenta los resultados anteriores, el proceso de RE desplegado por Yilena se considera como un factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad ante la enfermedad.

Sujeto 8. Carlos. RE disfuncional.

Datos generales: Sujeto 8, a partir de este momento nombrado Carlos. Tiene 14 años y cursa actualmente el noveno grado. Tiene color de la piel blanco. Convive con sus abuelos maternos en una zona urbana.

Contexto Familiar: Los padres de Carlos se divorciaron cuando este tenía aproximadamente 6 años. Desde entonces, el padre vive un poco distante físicamente del adolescente; lo visita al menos una o dos veces al mes, aunque las relaciones entre ellos no son muy estrechas: “no es que discutan ni nada, Carlos lo extraña, yo sé que lo quiere, pero no tienen mucha afinidad” (entrevista a la abuela). Desde hace aproximadamente 3 años su madre se encuentra trabajando en el extranjero: “el niño fue a vivir un tiempo allá con su papá, hasta lo cambiaron de escuela, pero se puso tan malito que lo trajimos a vivir conmigo y con el abuelo” (entrevista a la abuela). En las verbalizaciones anteriores se evidencia la presencia de eventos potencialmente psicopatógenos en la vida de Carlos, además de un trato por parte de la abuela con tendencia también la sobreprotección, a través de sus expresiones hacia el menor. Por tanto, predominan estilos educativos sobreprotectores, actualmente por la abuela, pero anteriormente por parte de la madre: “siempre lo ha complacido en todo, vive para él, lo trata como un cristal”(entrevista a la abuela).

Contexto escolar: el rendimiento académico de Carlos durante gran parte de la secundaria y toda la primaria fue bueno: “es muy inteligente, siempre fue un niño de buenas notas” (entrevista a la abuela); “sale muy bien en las pruebas” (entrevista a la maestra). Su principal dificultad en este sentido, son las escasas relaciones con los coetáneos: “la escuela bien...las notas son buenas y los maestros me tratan bien...en las últimas pruebas no he salido muy bien, tengo que tratar de estudiar un poco más...Estudio solo...no me relaciono mucho con los del aula” (entrevista al adolescente). Se siente motivado por la computación, presentando metas de diverso alcance: “quisiera terminar bien el grado y hacer las pruebas para coger el IPVCE...me gustaría estudiar algo de computación” (entrevista al adolescente); “siempre ha querido estudiar computación”(entrevista a la abuela)

Relaciones con los iguales: Carlos carece de habilidades sociales, por lo que siempre fue un niño ignorado en su grupo de iguales, representando una de sus principales necesidades actualmente: “es muy introvertido, casi no se junta con nadie...” (entrevista a la maestra); IPJ: marca la mayoría de los ítems en la esfera de las relaciones con los iguales, excepto el 3 y el 6, y en la esfera personal marca el ítem: “no soy popular entre mis amigos y amigas”; “desearía tener más amigos” (10 deseos); CDI: “no tengo amigos”.

Esfera de desarrollo personal: Carlos es un adolescente dependiente de los adultos, introvertido y con escasas habilidades sociales, como se refería anteriormente. Presenta inseguridad, poca percepción de autoeficacia y subvaloración, fundamentalmente condicionado por la educación familiar: “siempre está pensando que las cosas le van a salir mal, es muy pesimista” (entrevista a la abuela); CDI, obtiene puntajes altos en los ítems que se vinculan con el sentimiento de inutilidad (3), la autoimagen negativa (5), pesimismo (6) e indecisión (13). En el IJP: “tengo miedo de equivocarme”; “creo que no soy tan listo como otras personas”; “no tengo confianza o seguridad en mí mismo”; “todo me sale mal”; “no puedo hacer nada bien”; “soy miedoso”; “casi siempre necesito que me ayuden en las cosas que hago”.

-Ansiedad: Carlos siempre fue un niño muy nervioso: “desde chiquito todo le daba miedo, había que tener una luz encendida permanente de noche, la madre lo complacía en eso, bueno, en todo, ella vive para él, todavía es estando lejos y lo llama semanalmente y hasta 2 veces en la semana” (entrevista a la abuela). Según lo que

plantea la abuela, pudiera pensarse en la ansiedad como característica de personalidad en formación. Sin embargo, cuando se aplica el Idaren, se obtiene un nivel bajo según la escala rasgo, constatándose que las características de temeroso, sugestionable, e inseguro (obtenidas también en otras técnicas), se combinan de tal forma en Carlos que pudiera representar ansiedad, pero no se aprecia en él una tendencia generalizada a reaccionar con esta emoción en diversas situaciones, sino el miedo ante situaciones muy específicas (la oscuridad, estar solo, etc.). En lo anterior ha influido el estilo educativo sobreprotector predominante por parte de la figura materna.

-Autovaloración y autoestima: Carlos presenta baja autoestima, obteniendo puntuación baja en el inventario de autoestima. En el EAA, obtiene puntuaciones medias en las dimensiones familiar, y académica, mientras que fueron bajas en las dimensiones social, de apariencia física y global. Por tanto, a pesar de sus excelentes resultados docentes, las experiencias en sus relaciones con los coetáneos y la educación familiar, entre otros factores, han condicionado la estructuración de una baja autoestima: “no me gusta como soy”(CDI). En lo anterior también han influido sus complejos por ser obeso: IPJ: “me preocupa la fealdad o defecto de alguna parte de mi cuerpo”(ser gordo, en la entrevista re test); CDI: “soy feo”; 10 deseos: “no deseo ser gordo”.

Relación con la enfermedad: La HTA se le diagnostica hace alrededor de 3 años (historia clínica y entrevista al médico): “lo de la presión fue alrededor de la separación de su mamá” (entrevista a la abuela). Actualmente, la situación de Carlos en cuanto a la enfermedad no es favorable, tiene consulta cada 3 semanas porque no logra su control total: “tiene antecedentes por parte de la familia materna y es obeso, no baja ni un kilo, sabemos que no cumple nada de lo que le decimos, ni la dieta, ni los ejercicios, mientras no baje de peso será más difícil controlarlo” (entrevista al médico); “ahora con la enfermedad tiene que estar faltando a la escuela, se asusta cada vez que se siente mal, pero no quiere hacer la dieta, yo no puedo obligarlo, los medicamentos se los toma porque estoy arriba de él” (entrevista a la abuela); “no deseo estar enfermo” (10 deseos). Por tanto, la enfermedad representa un impacto emocional importante para el adolescente, unido con su no aceptación por parte de éste, repitiendo en su afrontamiento estrategias evitativas, de manera similar a otros eventos que ha debido enfrentar.

Regulación emocional:

Actualmente, la emoción displacentera que más predomina en Carlos es la tristeza, constatada en diversas técnicas, entre ellas el CDI donde obtiene un nivel alto. También se evidencian niveles medios de ansiedad e ira (Idaren y STAXI con niveles medios). Por tanto, la situación actual de Carlos desde el punto de vista emocional es desfavorable. Existen en él emociones displacenteras que se expresan en los tres niveles de respuesta, desde la subida de presión arterial, trastornos del sueño y cefaleas, hasta llanto, pesimismo, preocupación, distractibilidad y disminución del rendimiento docente, vinculadas con diversas causas. La separación de su madre ha significado la pérdida de su figura central desde el punto de vista afectivo, el principal apoyo social con que contaba, siendo esto, junto a los peores resultados docentes, la enfermedad y su carencia de amigos, los elementos que más preocupan a Carlos. Las burlas que recibe por parte de sus coetáneos (muy vinculadas con su aspecto físico), son el elemento fundamental relacionado con la ira que presenta: “no soporto que me diga nombretes” (entrevista al adolescente); “cuando entra con la cara colorá y amarrá, yo sé que algo pasó, pero no me dice nada, de todas formas siempre alguien me lo dice...le dicen nombretes, los muchachos son así, pero él coge mucha lucha con eso, no le gusta estar gordo” (entrevista a la abuela). Pero son causas externas que se interrelacionan con características de personalidad en formación anteriormente descritas, que matizan su dinámica emocional actualmente.

-Comprensión emocional:

Carlos presenta una inadecuada comprensión emocional, reflejada en las puntuaciones bajas que obtiene en las subescalas 1 y 2 de la DERS-E, vinculadas con la conciencia y claridad emocional. Es un adolescente que, a pesar de su desarrollo cognitivo, carece de habilidades emocionales, para identificar, comprender sus emociones. Únicamente identifica que la separación de su madre lo ha “puesto muy mal”, pero es incapaz de distinguir si es miedo, tristeza o aburrimiento lo que siente ante momentos determinados. Tampoco logra identificar consecuencias de estas emociones: “estoy saliendo mal en la escuela porque mi mamá no esta aquí, si ella estuviera aquí, todo fuera diferente” (ficha).

-Estrategias de RE:

Carlos cuenta con limitadas estrategias de RE, siendo especialmente de carácter inadaptativo, obteniendo puntuaciones altas en la subescala 4 de la DERS-E. Se constatan estrategias predominantemente evitativas o de aproximación rígida, de aislamiento social, así como de expresión emocional no regulada (principalmente el llanto) y la rumiación: "lo único que hace es llorar y sentarse en la computadora...no sale de su cuarto"; "se traga lo que siente, no habla nada, aunque le pregunte no me dice nada"(entrevista a la abuela); "...me gusta estar solo, pensar"(entrevista al adolescente). Por tanto, según la MARS, son muy frecuentes en Carlos el empleo de las estrategias agrupadas en los factores 1 y 4. También, como parte de estos factores, aunque en menor medida (puntuaciones medias), se evidenció el pensamiento desiderativo y la regulación fisiológica pasiva (acostarse y comer). Los factores 3 y 5 se mostraron bajos, así como el factor 2, donde únicamente se emplea de forma parcial la distracción. De modo que es característico en él la supresión emocional, también en relación con la ira, corroborándose en el STAXI puntuaciones altas en la Subescala de expresión interna.

Carlos es un adolescente donde también predominan mecanismos externos de RE; para regular sus emociones, se apoya fundamentalmente en la figura materna, por lo que su ausencia impacta doblemente: por la propia ausencia física y la connotación afectiva que trae consigo, pero también por la ausencia del principal mecanismo presente en Carlos para regular sus emociones.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el proceso de RE desplegado resulta disfuncional en Carlos. Desde el punto de vista de sus funciones emocionales, se constata como resultado, la presencia de emociones displacenteras también con tendencia a la disfuncionalidad, sobre la base de los indicadores tanto cualitativos como cuantitativos. Son emociones frecuentes en el menor, con niveles medios y altos de intensidad y duración, que interfieren de manera significativa en su ajuste personal y social. Lo anterior se refleja en al subescala 5 de la DERS, donde obtiene puntuaciones altas, indicando cómo en los momentos que experimenta tales emociones, pierde el control de su comportamiento, se desconcentra, le toma mucho tiempo sentirse mejor (DERS-E, ítems de subescala 5). Son emociones que están interfiriendo notablemente en sus actividades y relaciones actuales, elemento agravado por el hecho de no apoyarse en otras personas que le rodean, donde resulta determinante no tener un grupo de pertenencia. Una de las áreas de mayor repercusión de sus emociones, se vincula con su la orientación vocacional hacia la computación, donde Carlos presenta metas importantes. No obstante, actualmente se le dificulta concentrarse y seguir obteniendo calificaciones altas, a pesar de ser metas significativas.

Por tanto, las características de la situación social de desarrollo de Carlos presentan aspectos desintegradores que influyen de manera importante en su situación actual y, especialmente, en la regulación de sus emociones displacenteras. Presenta un estrecho círculo relaciones interpersonales, además de características personales (fundamentalmente, la introversión y las escasas habilidades sociales), que interrelacionadamente condicionan dificultades para obtener el apoyo emocional necesario en el momento actual. Predominan en el adolescente emociones displacenteras disfuncionales, a la vez que son escasas las emociones placenteras, afectándose su bienestar emocional (se refleja en la ficha).

De modo que la RE constituye en Carlos un factor de riesgo para su enfermedad, en la medida que se relaciona con emociones displacenteras que afectan su desempeño, ajuste, equilibrio y bienestar emocional. A su vez, la enfermedad ha contribuido a incrementar las situaciones y eventos negativos que actualmente vivencia, con un impacto emocional también importante.

Anexo 41

Tabla 22. Matriz de análisis triangulado de las entrevistas en profundidad al adolescente, Ficha de autorregistro diario de emociones y entrevistas semi-estructuradas con la familia.

	Datos de la entrevista psicológica al adolescente	Datos de la Ficha	Análisis
Indicador comprensión emocional	<p><i>Manuel</i></p> <p>La preocupación que mi mamá está lejos y le pase algo. Me da genio cuando mi papá no me deja ir con mis amigos, porque tengo algo que hacer en la casa. Extraño a mis abuelos, quisiera verlos más, y a mi mamá...me pone triste a veces.</p> <p>Cuando me da por ponerme nervioso y estar pensando en cosas malas a veces me da miedo, porque siento que las manos me sudan...a veces ni oigo lo que ellos hablan (sus amigos)...me equivoco en el juego.</p>	<p>Mi mamá llamó...un poco triste. Fui a casa de mis abuelos...muy contento. Salí al parque con mi papá...divertido. Unos quince...papá no me dejó ir porque dice que eran muy lejos y de noche...soberbia...molesta...</p>	<p>Comprensión emocional adecuada, de las causas.</p> <p>Comprensión emocional adecuada, de las consecuencias</p>
	<p><i>Dania</i></p> <p>En la prueba me pongo nerviosa. Lo que más me pone nerviosa son las pruebas, las tareas de la escuela, ah, y hace unos días hay un muchacho que me tiene con un cosquilleo aquí (en el estómago)... no hay nada más que me ponga así. Casi nunca estoy triste o con genio, a veces si no me dejan salir porque ya es tarde, pero brava brava, no, no hay nada que yo me acuerde últimamente.</p> <p>...sobre todo me pudiera hacer que me equivoque en las pruebas, porque me pongo un poco nerviosa, pero más nada.</p>	<p>Acabo de pasar por al lado de él...muy muy nerviosa...pero ya pasó. Me dijo que mañana nos íbamos juntos para la escuela...nerviosísima...me da un susto pensar en eso...no puedo dejar de imaginar... Hubo piscina...mami no me dejó porque dice que el tiempo está muy malo...con genio. Supe que la prueba es la semana que viene...nerviosa. La prueba...me puse nerviosa.</p>	<p>Comprensión emocional adecuada, de las causas.</p> <p>Comprensión emocional, de las consecuencias.</p>
	<p><i>Lester</i></p> <p>Lo que más nervioso me pone: las pruebas, estar enfermo...una muchacha que me gusta. genio...cuando no me dejan ir a jugar, por hacer alguna tarea...cuando no me quieren comprar algo. ...momentos en que me siento mal, es lo que puedo decir, no me dan ganas de hacer nada.</p> <p>Cuando estoy así (ansioso), me cuesta concentrarme, pegar los ojos en la libreta, me cuesta mucho trabajo estudiar...es en lo que más me hace daño.</p>	<p>...me siento mal, sin ganas de hacer nada, como si estuviera mal por algo...me preocupan las cosas, de mi enfermedad...no tengo con quien salir.</p>	<p>Comprensión emocional parcial, en cuanto a la identificación de la tristeza.</p> <p>Comprensión emocional adecuada, de las consecuencias.</p>
	<p><i>Yilena</i></p> <p>Lo que más rabia me da es que no me dejen hacer lo que yo quiero y que me regañen, cuando discuto con mis amigos. Me molestan los regaños de ella (la madre), me regaña mucho. Me pone triste las discusiones, lo que más me preocupa es mi familia, los conflictos de mi casa. Me da ansiedad no poder comer lo que quiero. Lo que más nerviosa me pone son las pruebas. Mis mayores preocupaciones: las pruebas, los pleitos de mi casa y ser hipertensa. A veces me da una cosa así, una sensación mala, me siento</p>	<p>Mal, muy mal, hoy desde que me levanté estoy así...es domingo, el día más aburrido de todos...ya tuve una discusión con mi mamá y se fue para la calle...me quedé acostada la mañana, pero tengo muchas cosas en la cabeza, me siento mal. Mañana desgraciadamente tengo prueba, ya me siento el dolor de cabeza de siempre, me pongo muy nerviosa.</p>	<p>Comprensión emocional parcialmente adecuada, de las causas.</p>

mal...no sabría decir por qué. Son muchas cosas en mi cabeza, me da por pensar cosas, me siento mal...sin que haya pasado algo.		
No sabría decir bien, pero no creo que me afecten en algo así, específico.		Comprensión emocional inadecuada, de las consecuencias
<i>Carlos</i> (la separación de su madre)... "me ha puesto muy mal".		Comprensión emocional inadecuada. No etiquetación
Estoy saliendo mal en la escuela porque mi mamá no esta aquí, si ella estuviera aquí, todo fuera diferente.		Comprensión emocional inadecuada, de consecuencias
<i>Luis</i> No sé, no sé por qué me pongo así. No quisiera sentirme así, me pasa así...no sé, es que son muchas cosas. Me molesta que se burlen de mí...que me digan lo que tengo que hacer. No sé.	Hoy no me siento bien, no sé qué me pasa... me quedé en la casa todo el día...	Comprensión emocional inadecuada, de las causas, solo en relación con la ira. No etiquetación. Comprensión emocional inadecuada, de consecuencias

	Datos de la entrevista psicológica al adolescente	Datos de la Ficha	Datos de la Ficha	Análisis
Indicador estrategias de RE	<p><i>Manuel</i></p> <p>Bueno, mi papá está conmigo, eso es algo en lo que tengo que pensar.</p> <p>(practicar deporte)...me relaja, me siento suelto...</p> <p>...pensando en mi mamá, me da miedo que le pase algo...me digo que tengo que dejar de pensar en eso, ponerme a hacer otra cosa, tratar de relajarme, pensar que mi mamá está bien cuidada y pronto estará aquí, como me dijo.</p> <p>Pienso cuando ella venga, qué rico va a ser todo.</p> <p>A veces me da por comer...</p> <p>Es lo que más hago, buscar algo que me saque de eso, que me entretenga. Lo que más hago es salir a relajarme un poco, con mi piquete.</p>	<p>Yo sé que verlos jugar me pone mal porque no puedo eso que están jugando...trato de no pasar por donde ellos están.</p> <p>Tengo que ponerme a hacer otra cosa, tratar de relajarme. Me fui a jugar y correr un poco. Me quedé un rato en el cuarto...pero es peor...llegó mi papá...nos fuimos a la tienda.</p>	<p>Pasó unos días medio triston, pero me lo llevaba para el parque, para donde fuera y lo traté de entretener un poco y se fue sintiendo bien. Cuando se pone mas intranquilo, a veces se queda</p>	<p>Focalizarse en lo positivo</p> <p>Regulación fisiológica activa</p> <p>Rumiación y reevaluación cognitiva. Apoyo social y distracción.</p> <p>Pensamiento desiderativo</p> <p>Regulación fisiológica pasiva</p> <p>Selección de la situación.</p> <p>Rumiación y Distracción.</p>

		<p>pensando un rato, pero enseguida lo ves que quiere coger calle, yo lo dejo,...</p> <p>...: así se distrae un poco y no siente tanto la ausencia de la madre.</p> <p>Se pasó unos días pensativo, pero su mamá trataba de conversar con él y enseguida se le pasó.</p> <p>El es reservado para algunas cosas, pero yo le busco conversación y enseguida se desahoga un poco.</p>	<p>Inhibición rumiación. Padre y madre como fuente de apoyo social. Mecanismo externo implicado.</p>
<p><i>Darío</i></p> <p>Le pregunto mucho a mis tíos para las tareas, ellos saben mucho, me aclaran las dudas. ...a veces le pido ayuda a mi tía o a mi tío...</p> <p>Cuando me pongo a extrañarla, trato de hacer otra cosa que me distraiga, ya falta poco y vamos a poner la casa tocá (buena)...</p> <p>Me voy pa' la calle con mis amigos, siempre hay algo que hacer, ya eso me saca de la bobería</p>	<p>...estudiar, si estudio no tengo por qué salir mal...Sabiéndomelo todo me siento tranquilo</p> <p>...Extrañando a mi mamá...voy a hacer cuento con mi tío que está por allá afuera sentado.</p>	<p>El no es muy comunicativo, pero si nos busca cuando tiene problemas, el tío lo coge y lo saca del ensimismamiento ese que coge a veces.</p> <p>A veces se queda pensando y pensando, pero trato siempre de sacarlo de eso.</p>	<p>Atender a determinado aspecto de la situación. Instrumental</p> <p>Apoyo social instrumental y emocional.</p> <p>Rumiación, distracción y despliegue atencional.</p> <p>Distracción</p>
<p><i>Bryan</i></p> <p>Pienso mucho en que voy a salir mal, me da miedo desaprobarme...lo que más pienso es en la prueba, en que no quisiera que llegara el día de hacerla...en lo nervioso que me pone</p> <p>A veces me meto en mi cuarto, para pensar un poco.</p> <p>Le pido ayuda a mis amigos. Pregunto sobre la prueba...me rompo la cabeza estudiando... A mi mamá, le digo que estoy mal, nervioso...siempre me ayuda.</p>	<p>Pensar un poco en lo que me dijeron que podía salir en la prueba...</p> <p>...qué va, me voy a quemar si sigo estudiando, voy a salir un poco</p>	<p>Se mete en su cuarto un rato, pero con la misma sale.</p> <p>Casi siempre viene a donde estoy cuando le pasa algo. Viene y me dice "mima, estoy nervioso", ya yo sé que está soplo, le digo que se ponga a ver televisor o lo que sea, pero lo que más lo tranquiliza es irse un poco con los amigos.</p> <p>Cuando coge genio discute conmigo, tira la puerta, yo no le hago mucho caso porque a los 5 minutos se le olvidó</p>	<p>Rumiación y distracción</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Instrumental y búsqueda de apoyo social emocional e instrumental. Distracción.</p> <p>Expresión emocional no regulada</p>

	<p>Cuando veo que estoy así, que no leo y leo y no entiendo ni cohete, salgo un rato, desconecto...como algo, eso me quita el salto en el estómago, salir y desconectar un rato.</p>			<p>Distracción y regulación fisiológica pasiva</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Indicador estrategias de RE</p>	<p><i>Rubén</i></p> <p>Cuando pasa algo en la casa que me pone mal, lo que hago es coger pa'la calle y salir, me siento en el parquecito o a caminar un rato.</p> <p>...a veces lo hablo con mi mamá o con mi catequista, pero más nadie.</p> <p>...leer la biblia me hace sentir tranquilo, me da mucha paz".</p> <p>No me gusta que nadie mal ni nervioso...</p>	<p>...mamá me dice y me dice para que vaya...pero sé que no me voy a sentir bien.</p> <p>...había problemas en mi casa...salí a despejar un rato.</p>	<p>...constantemente tengo que estarlo animando, para que estudie, para que salga a distraerse, hasta para que enamore a una chiquilla.</p> <p>... conmigo es un pan, siempre está arriba de mí, no habla mucho, pero lo poco que habla me lo dice a mí...</p> <p>... mira que yo lo impulso para que vaya a ver a este muchachito que vive frente a nosotros... cuando hay alguna fiestecita, que yo le caigo para que vaya...</p> <p>Me acosté leyendo la biblia.</p>	<p>Selección de la situación.</p> <p>Distracción</p> <p>Apoyo social instrumental y emocional.</p> <p>Religión</p> <p>Supresión</p>
	<p><i>Carlos</i></p> <p>...me gusta estar solo, pensar.</p> <p>...jugar en la computadora. Cuando mi mamá llama me pongo mal, me quedo un rato sin poder pensar bien (toma afectiva).</p> <p>No, no lo hablo con nadie.</p>	<p>Acostarme un rato...pensar y pensar cuando ella venga. Comer...</p> <p>Espero a ver si todo pasa.</p>	<p>...no sale de su cuarto.</p> <p>Lo único que hace es llorar y sentarse en la computadora...</p> <p>Se traga lo que siente, no habla nada, aunque le pregunte no me dice nada.</p>	<p>Regulación fisiológica pasiva. Rumiación. Aislamiento social</p> <p>Distracción. Expresión emocional no regulada</p> <p>Supresión</p> <p>Abandono psicológico</p>

Emociones displacenteras. Manifestaciones.	Datos de la entrevista al adolescente	Datos de la Ficha	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
	<p><i>Manuel</i></p> <p>...a veces me da por irme a correr, no sé, de pronto, no podría explicar por qué, es como si no me pudiera estar quieto.</p> <p>Cuando me da por ponerme nervioso y estar pensando en cosas malas...</p> <p>... a veces me da miedo, porque siento que las manos me sudan...</p> <p>...ni oigo lo que ellos hablan (sus amigos)...me equivoco en el juego.</p>	<p>Pensé en mi mamá y la extrañé, me cuesta trabajo dejar de pensar en eso...me hace sentir mal, triste.</p> <p>Me siento un salto en el estómago...</p>		<p>Ansiedad. Manifestación conductual</p> <p>Ansiedad y tristeza. Manifestación cognitiva</p> <p>Ansiedad. Manifestación fisiológica.</p> <p>Ansiedad. Manifestación cognitiva.</p>
	<p><i>Rubén</i></p> <p>Me puse nervioso y me subió la presión. Lo que más siento cuando tengo prueba, es el miedo a desaprobado.</p> <p>Cuando estoy así (ansioso), me cuesta concentrarme, pegar los ojos en la libreta, me cuesta mucho trabajo estudiar...es en lo que más me hace daño.</p> <p>... ayer mismo no tenía ganas de hacer nada, pero a la vez me siento así, como nervioso, como si algo malo me estuviera pasando.</p>	<p>Hoy no me siento bien, no quiero nada, ni comer, me siento como triste</p>	<p>...hasta se pone con sudor en las manos, se ve nervioso y ya lo deajo. Se puso muy nervioso, las orejas parecía que tenían fuego. Lo malo es cuando tenemos que ir a la consulta, ya tú lo ves nervioso desde el día antes y cuando se monta en la guagua, enseguida le agarro las manos y están empapadas... ...solo se ha descompensado una vez después de aquello del dentista, fue el día antes de una prueba, el mes pasado...</p> <p>...cuando sintió que la tenía alta, entonces cogió un miedo, que si le pasaba esto o aquello...</p>	<p>Ansiedad Manifestación Fisiológica.</p> <p>Ansiedad. Manifestación cognitiva.</p> <p>Tristeza. Manifestación conductual y cognitiva</p>

<p><i>Yilena</i></p> <p>Me vienen muchas preocupaciones a la cabeza y lo que quiero estar acostada.</p> <p>Me sube la presión, es que soy muy nerviosa, me duele la cabeza...</p> <p>Ah, cuando cojo genio entonces que sí me duele la cabeza, a veces me cogen la presión y la tengo alta...</p>	<p>...me quedé acostada la mañana, pero tengo muchas cosas en la cabeza, me siento mal.</p> <p>Mañana desgraciadamente tengo prueba, ya me siento el dolor de cabeza de siempre, me pongo muy nerviosa.</p> <p>Cuando terminé la prueba me llevaron al consultorio y tenía la presión alta, yo lo sabía, porque me siento esta cosa aquí en la cabeza, en las orejas...muy mal para la prueba, me sentí el corazón en la boca, qué malo es eso.</p>	<p>...las pocas veces que la viene a ver se pone muy ansiosa...es una intranquilidad que coge</p>	<p>Tristeza. Manifestación cognitiva y conductual</p> <p>Ansiedad. Manifestación fisiológica.</p> <p>Ansiedad. Manifestación conductual.</p> <p>Ira. Manifestación fisiológica</p>
<p><i>Armando</i></p> <p>Cuando me pongo así (nervioso, con genio) me sube la presión. Me como las uñas, me da cosa en el pecho.</p> <p>Me preocupo, no puedo terminar de hacer lo que estoy haciendo.</p> <p>...sólo quiero estar acostado...preocupado.</p>		<p>Sobre todo le sube la presión cuando coge genio, cuando se explota como una cafetera como digo yo, si pide una cosa y no se le quiere dar, eso es 2 ó 3 veces en el mes que hay que correr con el para el consultorio.</p> <p>Ahora también le salió una dermatitis que dice el médico que es nervioso...</p> <p>...es una intranquilidad... ...a veces que no quiere ni dormir.</p>	<p>Ansiedad e ira. Manifestación fisiológica</p> <p>Ansiedad. Manifestación conductual y fisiológica.</p> <p>Ansiedad. Manifestación cognitiva.</p> <p>Tristeza. Manifestación conductual y cognitiva.</p>

	Datos de la entrevista al adolescente	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
Personalidad en formación	<p><i>Dania</i></p> <p>Me gustaría cambiar de mí que soy un poco nerviosa, me preocupo a veces demasiado por las cosas.</p> <p>Me gusta ser como soy, lo que más me gusta de mí es que soy recta, reservada cuando tengo que serlo, me gusta compartir con mis amigos.</p>	<p>Un poco ansiosa, desde chiquitita era un poco nerviosa, cogía lucha por cualquier cosa.</p>	<p>Ansiosa</p> <p>Autovaloración adecuada</p>
	<p><i>Dario</i></p> <p>No me gusta hablar mis cosas...a veces le pido ayuda a mi tía o a mi tío, pero mis problemas no me gusta hablarlos.</p> <p>Yo sé que soy medio raro, seco, que no me gusta hablar</p>	<p>Siempre fue un niño introvertido, a ver, no es que sea tímido, él es jaranero, tiene su círculo de amistades, pero cuesta mucho saber lo que le pasa, es muy reservado para decir lo que siente, yo le pregunto a veces si lo veo más serio de lo normal y al cabo de los días, me entero qué le pasó, o porque me lo dice si ya pasó todo, o porque me entero por otra gente.</p>	<p>Reservado. Introvertido</p>
	<p><i>Bryan</i></p> <p>Desearía ser más inteligente.</p> <p>Lo que menos me gusta es que soy nervioso y que no soy bueno en la escuela...lo que más me gusta de mí es que tengo muchos amigos, mi carácter.</p> <p>Cuando estudio para un examen muchas veces pienso que voy a salir mal...que se me van a olvidar las cosas.</p>	<p>Muy, muy ansioso.</p> <p>Cualquier cosa lo altera, es una hiperactividad que desquicia al que tenga al lado, como es tan así, tan insistente, arriba de uno, el padre lo complace en lo que sea por tal de que lo deje tranquilo, fíjese al punto en lo que lo pone a uno</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Autovaloración medianamente adecuada</p> <p>Inseguridad, pesimismo, percepción de autoeficacia baja</p>
Personalidad en formación	<p><i>Rubén</i></p> <p>Muy nervioso.</p> <p>No me gusta hablar mucho... En el aula soy callado. Ellos (los coetáneos) me dicen que yo soy raro.</p> <p>Quisiera cambiar algunas cosas de mí...tener más amigos...ser menos callado. A veces no me gusta como soy.</p> <p>Tengo muchas cosas que Dios nos dice que son buenas...soy buena persona...compartidor, cumplo con los deberes de la iglesia y de la escuela.</p>	<p>Se pone muy nervioso por todo...</p> <p>tiene miedo a equivocarse en todo, él no es para nada independiente, constantemente tengo que estarlo animando, para que estudie, para que salga a distraerse, hasta para que enamore a una chiquilla.</p> <p>El es penoso, pero con la gente de la calle, ve?, conmigo no, conmigo es un pan, siempre está arriba de mí, no habla mucho, pero lo poco que habla me lo dice a mí...</p> <p>Siempre ha sido calladito, como tímido, le da pena todo, mira que yo lo impulso para que vaya a ver a este muchachito que vive frente a nosotros, que es así bueno, noble, pero le da pena...</p>	<p>Ansioso</p> <p>Inseguro, dependiente</p> <p>Tímido, inhibido. Poco expresivo</p> <p>Autoestima y autovaloración en niveles medios.</p>

	<p><i>Yilena</i></p> <p>Los demás me ven geniosa y pesada. Siempre estoy discutiendo.</p> <p>Me asusto de cualquier cosa. Me cae mucho nervio por todo.</p> <p>Quisiera ser menos pesada a ver si no tengo tantos problemas con la gente.</p>	<p>Una niña muy rebelde... y bocona... ...cuando alguno le dice algo que no le gusta se pone a discutir, es muy bocona, tiene discusiones con ellos porque tiene un carácter muy fuerte.</p> <p>...las pocas veces que la viene a ver se pone muy ansiosa. ...desde chiquita muy torpe, lo rompe todo, mandos del TV, hebillas, todo lo que caiga en sus manos, es muy ansiosa...</p> <p>...tiene mucho complejo con eso (con ser gorda). tiene mucho complejo con lo de ser gorda, siempre le han dicho gorda y eso le da mucho genio.</p>	<p>Explosiva Agresiva</p> <p>Ansiosa</p> <p>Autovaloración inadecuada.</p>
	<p><i>Luis</i></p> <p>No se lo digo a nadie, me lo guardo.</p> <p>Los demás me ven penoso...quisiera no ser así, ser menos penoso. No soy bueno pa' relacionarme con la gente. ...quisiera no ser así, ser menos penoso...poder tener más amigos.</p> <p>Quisiera ser menos alto..menos nervioso. Mi mejor cualidad...no sé.</p>	<p>Casi nunca hablamos, es muy cerrado, no puedo saber ni lo que piensa, ni lo que siente, siempre ha sido un niño muy noblón, pero muy pasivo, muy metido dentro de su mundo.</p> <p>...nunca lo vienen a ver aquí a la casa y él no sale de su mundo, no se relaciona con casi de ninguno de los de aquí del barrio</p> <p>... es muy nervioso es muy nervioso...</p>	<p>Introvertido.</p> <p>Penoso</p> <p>Ansiedad Autoestima y autovaloración bajas.</p>

	Datos de la entrevista al adolescente	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
Relación con la enfermedad	<p><i>Manuel</i></p> <p>Yo sé bien lo que es, lo que hay que hacer para no descompensarse, la dieta, los ejercicios, los medicamentos...sé que puede uno morirse si no se cuida, porque tiene que ver con el corazón.</p> <p>Lo más malo ha sido lo del juego y el deporte, pero no me lo quitaron todo, que hubiera sido peor, si no pudiera hacer nada, como otras enfermedades, que no puedes coger sol, o te tienen que operar...</p>	<p>Sabe que ya no puede estar todo el tiempo correteando ni en el fútbol como antes, ha buscado otras cosas que hacer con los amigos, pero hace poco se me escapaba a jugar y se volvió a sentir mal, remedio santo, mas nunca lo ha hecho.</p> <p>Se pasó unos días pensativo, pero su mamá trataba de conversar con él y enseguida se le pasó.</p> <p>.. al poco tiempo el mismo pedía los medicamentos, se los toma el mismo con mucha responsabilidad.</p>	<p>Conocimiento adecuado acerca de la enfermedad. Aceptación. Apoyo de la familia.</p>

Relación con la enfermedad	<p><i>Darío</i></p> <p>No me gusta estar enfermo, pero lo que menos me gusta son los dolores de cabeza esos...ya no he tenido más nada...por eso hago lo que me dicen, yo sé que es peligrosa, porque mi mamá es hipertensa...no me molesta hacer lo que me han explicado.</p>	<p>Él lo tomó bastante bien, lo asimiló sin problemas, yo le expliqué todo, buscamos en Internet, leyó que lo más importante es la dieta y los ejercicios, ya él había empezado a correr con los amigos todas las tardes, usted sabe que esa furia empieza a esta edad, no obstante, el especialista le explicó qué ejercicios podía y no podía hacer...</p> <p>Lo más pesado ha sido la dieta, sobre todo para el tío y para mí (risa), pero bueno, ya mi hermana viene en tres meses y será más fácil, porque ella siempre cocina cómo debe ser porque también es hipertensa.</p>	<p>Conocimiento y aceptación de la enfermedad. Apoyo de la familia.</p>
	<p><i>Rubén</i></p> <p>No me gusta estar enfermo, me hace sentir nervioso...me da la idea así de que me va a pasar algo...</p>	<p>El lo asimiló bastante bien, cuando le he hablado sobre eso, lo veo bien, hace todo lo que le ha dicho el médico, menos los ejercicios, no le gusta hacer ejercicios, pero la dieta sí y los medicamentos...lo malo es cuando tenemos que ir a la consulta, ya tú lo ves nervioso desde el día antes y cuando se monta en la guagua, enseguida le agarro las manos y están empapadas...</p> <p>...solo se ha descompensado una vez después de aquello del dentista, fue el día antes de una prueba, el mes pasado...cuando sintió que la tenía alta, entonces cogió un miedo, que si le pasaba esto o aquello...pero fue un día, después lo revisamos una semana más y la tenía bien.</p>	<p>Conocimiento acerca de la enfermedad. Aceptación parcial de la enfermedad.</p>
	<p><i>Carlos</i></p> <p>No quiero estar enfermo, me da miedo que pueda pasarme algo malo.</p>	<p>Lo de la presión fue alrededor de la separación de su mamá. ahora con la enfermedad tiene que estar faltando a la escuela, se asusta cada vez que se siente mal, pero no quiere hacer la dieta, yo no puedo obligarlo, los medicamentos se los toma porque estoy arriba de él. Sí, el médico le ha explicado que tiene que bajar de peso, lo de la dieta, que si sigue así descompensado va a haber que ingresarlo, pero es que Carlos no pone lo suyo, es un come a veces y aunque no come tanto, pero es pan, chucherías, él sabe que no puede, pero lo hace.</p>	<p>Conocimiento acerca de la enfermedad. No aceptación.</p>
	<p><i>Luis</i></p> <p>No quisiera estar enfermo...me preocupa mucho. Quisiera saber sobre mi enfermedad...mi mayor temor, que me suba la presión... ...me pone nervioso ir al médico.</p>	<p>Quería estudiar medicina, pero desde la enfermedad ya no quiere estudiarla. Con eso sí no me da lucha, él lo hace todo, tal y como se lo dice el médico, es obsesivo en eso y está bien de peso y todo.</p>	<p>Desconocimiento y no aceptación de la enfermedad</p>

Datos de la entrevista psicológica al adolescente	Datos de la entrevista al adolescente	Análisis
<p><i>Manuel</i></p> <p>.. pero me llevo con mi papá, me siento bien en su casa.</p>	<p>Al menos ha servido para acercar nos más, las relaciones son muy buenas entre nosotros.</p>	<p>Vivencias positivas</p>
<p><i>Darío</i></p> <p>Mi papá vive en Santiago, pero me viene a</p>	<p>Es que son como el aceite y el vinagre, no puede hablar bien</p>	<p>Vivencias</p>

Vivencias en el contexto familiar	<p>ver todos los meses, desde que yo recuerde siempre ha sido así, en las vacaciones siempre me voy con él un mes...la paso bien, es muy bueno conmigo lo más importante para mí...es mi familia, yo sé que soy medio raro, seco, que no me gusta hablar, pero yo sé que me apoyan en todo, cada vez que lo necesito. Con mis tíos siempre me he llevado muy bien, son jóvenes, siempre están inventando algo... la paso bien con ellos.</p>	<p>tres palabras que ya están discutiendo, por eso se separaron y ha sido lo mejor para Darío, porque lo hubieran traumatizado; ya separados, se controlan más y hablan solo los temas del niño.</p>	<p>predominante mente positivas</p>
	<p><i>Lester</i></p> <p>No me gustaría cambiar nada de mi familia, me gusta como es. Los mejores momentos son con mi familia, en mi casa.</p>	<p>No hay preocupaciones grandes en la casa, somos tranquilos...no hay problemas que le afecten que tengan que ver con discusiones...es que casi nunca discutimos... Tratamos de entender lo que quiere, aunque se le exige, pero para qué martirizarlo en cosas que no gustan, como está hoy en día la calle si lo obligas es peor, se te va para la calle a inventar y a decirte mentiras. No nos gusta que desapruébe, pero hay que entender que no todo el mundo puede ser genio, para qué martirizarlo, lo de él son las palomas, la pelota, hay que ver como se va encaminando por algo que le guste...</p>	<p>Vivencias positivas</p>
	<p><i>Rubén</i></p> <p>Mi mayor problema, los problemas que hay en mi casa y las pruebas. Lo que más nervioso me pone, las pruebas, las cosas de mi casa. No me gusta hablar mucho, con quien único con mi mamá</p>	<p>Hay algunos problemas entre el padre y yo, algunas discusiones, es que los dos tenemos un carácter muy difícil. El padre lo regaña mucho, a mí no me gusta que lo esté machucando por gusto y a veces discutimos por eso. conmigo no, conmigo es un pan, siempre está arriba de mí, no habla mucho, pero lo poco que habla me lo dice a mí, con el padre casi nunca porque los dos tienen su cosa y no encajan muy bien, pero yo sé cómo es y lo aconsejo mucho, trato de hablar mucho con él porque está en una edad muy difícil.</p>	<p>Vivencias positivas y negativas</p>
	<p><i>Yilena</i></p> <p>En mi familia hay muchos problemas, se discute mucho. Lo que más me preocupa es mi familia, las cosas de mi casa. Lo que más rabia me da es que no me dejen hacer lo que yo quiero y que me regañen... Me molestan los regaños de ella (la madre), me regaña mucho, para ella todo lo que yo hago está mal. Me pone triste las discusiones, lo que más me preocupa es mi familia, los conflictos de mi casa. Mis mayores preocupaciones: ... los pleitos de mi casa... A veces me da una cosa así, una sensación mala, me siento mal...no sabría decir por qué.</p>	<p>...una niña muy rebelde: "... y bocona, desde chiquita muy torpe, lo rompe todo, mandos del TV, hebillas, todo lo que caiga en sus manos, es muy ansiosa, tengo que estarle gritando constantemente a ver si reacciona, es imposible. Hay veces que la dejo por incorregible y que acabe, porque de verdad que no puedo, que acabe con la quinta y con los mangos. No se lleva bien con su papá y quiere aparentar que no le interesa, pero siempre está pendiente de él...las pocas veces que la viene a ver se pone muy ansiosa.</p>	<p>Vivencias negativas</p>
	<p><i>Armando</i></p> <p>Me gusta estar en los dos lados (la casa de su mamá y de su papá).</p>	<p>En la casa del padre lo dejan hacer de todo, lo que el quiere, el padre le dice que no se preocupe, que si sale mal en las pruebas él lo pone a trabajar con él, pero en mi casa no, yo trato de enseñarle que es importante aprender, no quedarse burro, en mi casa él es bueno...</p>	<p>Vivencias positivas a pesar de la inconsistencia entre ambos</p>

		hogares.
--	--	----------

	Datos de la entrevista psicológica al adolescente	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
Vivencias en las relaciones con los iguales	<i>Dania</i> Me gusta llevarme bien con todos, tengo dos amigas que siempre salimos juntas.	No es de muchas amigas, pero casi nunca está sola, se lleva mejor sobre todo con dos que viene mucho a buscarla.	Aceptada Vivencias positivas
	<i>Bryan</i> Tengo amigos, siempre estamos haciendo cosas... la paso bien...nos reímos	Tiene amigos, es sociable con ellos, se lleva bien, juegan juntos, aunque no mucho tiempo porque Bryan es de una cosa en otra, lo que mas hacen es hablar, jugar a las damas, un partido y ya, estar afuera en la bobería, como digo yo.	Aceptado Vivencias positivas
	<i>Rubén</i> Ellos (los coetáneos) me dicen que soy raro. Es que no me siento cómodo con ellos (los iguales), siempre se burlan de uno, se la pasan diciendo nombres...	No tiene amigos, casi siempre anda solo. Con quien único se reúne a veces es con unas amistades de la iglesia, pero tampoco mucho.	Ignorado. No tiene grupo de pertenencia. Vivencias negativas
	<i>Yilena</i> Lo que más rabia me da es...cuando discuto con mis amigos. Los demás me ven geniosa y pesada. No tengo amigos en la escuela...solo (amiga), por aquí, pero no es tanto así mi amiga.	No tiene tantos amigos, cuando alguno le dice algo que no le gusta se pone a discutir, es muy bocona, tiene discusiones con ellos porque tiene un carácter muy fuerte. Tiene una amiguita que es con quien más está, pero casi siempre terminan sin hablarse un tiempo.	Rechazada. No tiene grupo de pertenencia. Vivencias negativas
	<i>Luis</i> No soy bueno pa' relacionarme con la gente, ni en la iglesia, llevo, estoy en la misa y con la misma me voy. ...quisiera no ser así, ser menos penoso...poder tener más amigos. Los de allí son pesados (los coetáneos de la escuela), siempre están metiéndose con la gente...no, ninguno es mi amigo.	Como mismo no habla conmigo, nunca lo vienen a ver aquí a la casa y el no sale de su mundo, no se relaciona con casi de ninguno de los de aquí del barrio.	Ignorado. No tiene grupo de pertenencia. Vivencias negativas

	Datos de la entrevista psicológica al adolescente	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
	<i>Manuel</i> No me gusta mucho estudiar, a veces me preocupa desaprobado por que van a decirme ñame, pero hasta ahora he librado.	Estudiar no le agrada mucho, a veces tengo que caerle un poco, se pone y aprueba todo. No le gusta, qué se le va a hacer, médico no será (risa), ya la madre y yo lo hemos hablado, pero que sea disciplinado, que termine su secundaria.	Vivencias positivas y negativas
	<i>Dania</i> No tengo ningún problema en la escuela, estudio bien y me gusta...	Siempre sale bien, nunca nos ha dado dolores de cabeza	Vivencias positivas
	<i>Bryan</i>		

	No me gusta estudiar. Lo que menos me gusta de la escuela...es todo...los días de prueba es lo peor.	Dice la maestra que se distrae mucho, es que no le gusta estudiar, tampoco es muy inteligente sabe? Se descompensa generalmente en periodo de pruebas, ya la maestra lo conoce, se pone rojo, con fogaje, pero por suerte se le pasa rápido (a no ser aquella vez que lo tuvieron que llevar al medico), cuando empieza a hacer la prueba, ya se va calmando. El es ansioso ante todo, pero mas ante las pruebas. Las relaciones con su maestra no son muy buenas, lo que pasa es que el es muy intranquilo y ella es muy exigente	Vivencias negativas
Vivencias en el contexto escolar	<i>Lester</i> No me gusta, qué va, estudiar no me gusta. Me da miedo desaprobar, pero hasta ahora no ha pasado. Lo más pesao es hacer las tareas, estudiar... No salgo muy bien.	Había que repasarlo constantemente, a veces aprobaba por lo pelos, nunca le gustó mucho la escuela No nos gusta que desaprobe, pero hay que entender que no todo el mundo puede ser genio, para qué martirizarlo, lo de él son las palomas, la pelota, hay que ver como se va encaminando por algo que le guste, algún técnico medio de veterinaria, ya hemos hablado de eso para cuando tenga que pedir ahora en 9no. Se pone muy nervioso, como que le da miedo desaprobar. No sale excelente, pero no ha desaprobado.	Vivencias negativas en ocasiones. Desmotivación por el estudio.
	<i>Carlos</i> La escuela bien...las notas son buenas y los maestros me tratan bien...en las últimas pruebas no he salido muy bien, tengo que tratar de estudiar un poco más. Estudio solo...no me relaciono mucho con los del aula.	Es muy inteligente, siempre fue un niño de buenas notas...Ahora está que hasta en eso está saliendo peor, no se concentra para estudiar.	Vivencias positivas y negativas.
	<i>Armando</i> Lo que menos me gusta es estudiar, si fuera por mí, nunca iría a la escuela.	No le gusta la escuela, es una misión imposible el estudio con él, hay que caerle mucho. En la escuela se faja mucho. El día antes se pone muy nervioso, yo no sé esto, que si yo no me sé aquello, saldrá esto, saldrá lo que estoy estudiando, siempre piensa que va a desaprobar, pero después se pone y se pone y logra aprobar. Tuvo un problema grandísimo en la escuela porque un niño lo mojó y se arrebató, tirando hasta sillas, hubo que calmarlo porque estaba sofocado...	Vivencias negativas

	Datos de la entrevista al dolescente	Datos de la ficha	Datos de la entrevista a la familia	Análisis
Emociones placenteras	<i>Manuel</i> ...con mi papá, me siento bien en su casa	Fui a casa de mis abuelos...muy contento. Salí al parque con mi papá...divertido.	Casi siempre está de buen humor. Es alegre No, casi nunca se queda triste o mal humorado, tiene buen carácter.	Emociones placenteras frecuentes
	<i>Dania</i> Mis mejores momentos son con mi familia, en la escuela, con mis amiguitas...casi siempre me siento bien.	Divertida...cuando salí un rato a chismear con (las amigas). ...buen rato...vinieron mis primos y mi tía... Tranquila...viendo el televisor.	Siempre tiene buen ánimo...muy activa. Muy pocas veces triste. Si se pone nerviosa, es poco el tiempo, enseguida está haciendo algo, entretenida, sale a divertirse...	Emociones placenteras frecuentes
	<i>Bryan</i>			

<p>No, eso me pasa a veces, que me pongo así, nervioso...muchas veces normal...contento...me gusta hacer chistes y reírme.</p>	<p>Contento...el día normal, pero estuve casi todo el tiempo jugando por allá afuera. Jugar dama con mi papá...tranquilo</p>	<p>siempre está de buen humor, riéndose, haciendo chistes...pero hay veces que se pone ansioso. Es muy ansioso, a veces se control , pero otras hasta no</p>	<p>Emociones placenteras frecuentes</p>
<p><i>Yilena</i></p> <p>Casi siempre hay mucho aburrimiento en mi casa...cuando único estoy mejor es cuando velo le televisor u puedo salir por el barrio a dar una vuelta (con la amiga).</p>	<p>Aburrida...me puse a ver una película...bien, me sentí bien. Pude ir con (la amiga) a la esquina un rato...había más gente y se pusieron a hacer chistes...como nos reímos.</p>	<p>No es una niña alegre, es más bien amargada, nerviosa.</p>	<p>Emociones placenteras poco frecuentes.</p>
<p><i>Carlos</i></p> <p>Momentos en que mejor me siento, en que me siento bien y contento... (piensa un momento), cuando mi mamá me llama mucho, aunque me hace extrañarla, pero me parece como si estuviera aquí...cuando estoy en la computadora.</p>	<p>Jugar en la computadora...pude relajar un poco. Mañana mi mamá va a llamar, me hace sentir contento. Pasé la mañana con mi papá, me trajo dos juegos nuevos...fue rico.</p>	<p>Es un niño más nervioso, pocas veces lo veo riéndose como otros muchachos que se divierten.</p>	<p>Emociones placenteras poco frecuentes.</p>
<p><i>Armando</i></p> <p>Quisiera sentirme mejor.</p>	<p>Estuve en casa de mi papá...la pasé bien. Salimos mi mamá y mi padrastro al coopedlia...me entretuve y tomé helado cantidad, qué rico.</p>	<p>Casi siempre tiene genio, todo le molesta, sino se pone ansioso.</p>	<p>Emociones placenteras poco frecuentes</p>
<p><i>Luis</i></p> <p>Muchas veces no me siento bien. Me gustan mucho los animales, es cuando mejor me siento</p>	<p>En la iglesia...tranquilo. En el patio con la paloma...animales, me sentí bien.</p>	<p>Lo de el es criar palomas, gallinas, ir a la iglesia, es cuando más está tranquilo... Es un niño amargado.</p>	<p>Emociones placenteras poco frecuentes</p>