

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MEDICINA FAMILIAR 35

**GRADO DE ESTRÉS EN LA ADOLESCENTE CON
EMBARAZO NO PLANEADO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DEL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DR. FRANCISCO JAVIER CARRASCO ARREOLA

COSAMALOAPAN VER.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**GRADO DE ESTRÉS EN LA ADOLESCENTE CON
EMBARAZO NO PLANEADO**

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER CARRASCO ARREOLA

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÀNGEL FERNÀNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÌA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÒN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**GRADO DE ESTRÉS EN LA ADOLESCENTE CON
EMBARAZO NO PLANEADO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DEL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DR. FRANCISCO JAVIER CARRASCO ARREOLA

AUTORIZACIONES

**DRA. MARTHA TAPIA CHÁVEZ.
PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.**

**DR. AARON GALAN COBOS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
DEL HGZ. C/MF. 35**

**DR. LEONCIO MIGUEL RODRÍGUEZ GUZMÁN.
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO
EPIDEMIOLOGO DEL HGZ. C/MF. 35**

**GRADO DE ESTRÉS EN LA ADOLESCENTE CON
EMBARAZO NO PLANEADO**

DEDICATORIA:

Para ti que me ayudas a vivir un día más.

AGRADECIMIENTOS:

Dios: Que me diste esta gran familia.

Mis padres: Lucia y Miguel

Mi esposa: Miriam

Mis hijos: Paola y Christian

Mis maestros: Dr. Aarón Galán Cobos, Dra. Martha Tapia Chávez, Dr.

Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán, Dr. Adalberto Quino

García, Enfermera Silvia Najera Borja.

Mis compañeros: Dulce, Alfredo, Elsa, Baltazar, Rubicela, Martín, Rafael,

Alberto, Heriberto, Juan José, Blanca Eli, Alejandro, Roció

y Rosalinda.

Mis amigos: Mis pacientes

ÍNDICE:

Contenido	Pagina
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	19
Justificación.....	21
Objetivo.....	23
Material y métodos.....	24
Resultados.....	32
Discusión.....	37
Conclusiones.....	42
Referencias.....	43
Anexos.....	48

ANTECEDENTES:

DEFINICION DE FAMILIA:

El termino de Familia a tenido diferentes definiciones durante el paso del tiempo de la historia humana y para cubrir en otros sentidos su necesidad de ser un ser vivo que es dependiente de su medio entorno. La OMS. (Organización mundial de la salud), comprende a la familia como a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio; en tanto que el diccionario de la lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, conjunto ascendiente, descendiente, colaterales y afines a un linaje” (1,2).

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según Le Play-Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza (1,2).

De manera amplia podemos establecer que en cada familia, cada miembro cumple un papel o rol como lo es un padre, madre, hijos, tíos, abuelos, etc., con un tipo de tarea que se tiene que cumplir. Cada familia durante su madurez de estabilidad presenta lo que se llama ciclo vital de la familia y que comprende desde el noviazgo, matrimonio,

nacimiento de los hijos, ingreso a la escuela de los hijos, formación de nuevas familias a partir de los hijos mayores, retiro y muerte de los padres, etc.

La familia tiene funciones que cumplir con cada integrante de la misma como son de socialización, cuidado, afecto, reproducción y otorgamiento de estatus y nivel socioeconómico (1, 2).

DINAMICA DE LA FAMILIA:

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esta atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (1).

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios: 1) Comunicación, 2) Individualidad, 3) Toma de decisiones y reacción a los eventos críticos (1).

CRISIS FAMILIARES:

Las crisis familiares se dividen en dos tipos: A) crisis normativas (evolutivas o intra-sistémicas), que están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar; y B) las crisis paranormativas (no normativas o inter-sistémicas), que son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior, que aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia y causan mayor disfunción familiar y de mayor duración (1).

Dichas crisis familiares producen diferentes grados de estrés que ocasionan en los pacientes se presenten a menudo al médico de familia con problemas y síntomas relacionados en gran medida con dicho estrés de origen familiar (estrés familiar), aunque raras veces identifican a la familia como su origen. Los pacientes pueden experimentar muchos tipos de estrés familiar. Así, el estrés puede tener su origen tanto en sucesos ocurridos en el seno de la familia como por situaciones externas a la misma.

Los estudios demuestran que las personas con estrés familiar presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas físicos, enfermedades graves e incluso fallecer, y que estos problemas de salud aparecen tanto por cambio en las conductas relacionadas con la salud (p. ej., mayor consumo de alcohol y tabaco) como por algún mecanismo psicofisiológico directo (p. ej., alteraciones de la función inmunitaria) (3, 4).

MEDICINA FAMILIAR Y LA SALUD:

Desde su inicio, la medicina de familia ha sostenido que un médico de atención primaria completo ha de comprender y relacionar a cada uno de los pacientes en el contexto de la familia y del entorno social (5).

Incluso cuando el tratamiento médico y el medio en el que se ejerce la medicina sean cada vez más complejos desde el punto de vista tecnológico, los médicos de familia continúan teniendo que comprender la forma en la que las familias influyen en los individuos, la manera en que éstos influyen en otros familiares y a menudo en toda la familia, y el modo en que las familias responden a las situaciones de estrés y las tensiones desencadenadas por los cambios del ciclo de vida normal y por las circunstancias relacionadas con la salud (6)

El proceso salud- enfermedad no debe ser comprendido como simples estados opuestos, sino como una expresión de todo el proceso vital con grados diversos de equilibrio entre el organismo y su ambiente; es decir, es un proceso que consta de una ecología (6, 3).

Doherty y Baird crearon un modelo de “cinco niveles de implicación” en las familias. Estos autores observaron, en los médicos en ejercicio y en los residentes, que resultaba fácil que se subestimara la importancia de escuchar simplemente las preocupaciones de los familiares, averiguar cosas de ellos y preguntar de manera respetuosa sobre la forma de abordar la enfermedad de un familiar. En este modelo plantean la base de conocimientos cognitiva, el desarrollo personal y las habilidades clínicas esenciales para cada nivel. Cada uno de los niveles se fundamenta en el anterior para establecer unas interacciones de complejidad creciente. Los grados de implicación apropiados para la mayoría de las familias son: los de nivel II) Información y consejo médicos continuados y III) Sentimiento y apoyo; aunque el médico pueda utilizar niveles superiores: IV)

Evaluación e Intervención y V) Terapia familiar. El nivel I) Énfasis mínimo en la familia, es muy común en consultas donde no funciona una buena relación medico-paciente, por dadas las presiones de tiempo o las circunstancias especiales de una consulta (6, 3).

Estos cinco niveles pueden contestar al medico interesado por su paciente, que comprende que el entorno familiar es la piedra angular del éxito o el fracaso en el manejo de un padecimiento o de una circunstancia tan culpable de la respuesta de un paciente ante su problema base. Responde sus dudas de cómo puede interactuar, sus limites y expectativas a futuro con el entorno completo biopsicosocial del individuo. (4, 7, 8)

DEFINICION DE ADOLESCENCIA:

Definiremos a la adolescencia como un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad, y se va a caracterizar, por la presencia de cambios biológico, psíquicos y comportamiento social del joven. Los cambios biológicos se deben al aumento de la secreción de hormonas. Va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores (9, 10).

ADOLESCENCIA Y SALUD:

De la población mundial estimada en 1993 por la Organización mundial de la salud (OMS), 18% eran adolescentes entre los 10 a 19 años y 9% jóvenes entre 20 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. En total, los adolescentes y jóvenes conforman 27% de la población del mundo. En América, países como Estados Unidos y Canadá tienen una población de 10 a 24 años equivalente a 21% en tanto que en los países en desarrollo es de 30 % como en México. El 78% de los adolescentes y jóvenes de la región vive en los países en desarrollo, lo que significa que en los países donde los recursos y oportunidades son mas numerosos, hay menos adolescentes y jóvenes, en tanto que en países menos desarrollados, tienen de 2 a 3.7 veces más jóvenes y mucho menos recursos. (11, 12, 13)

Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, harán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran. La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada 5 está casada o unida. (13, 14, 15, 16)

En México, la mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 %

viven en áreas rurales. La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones (mujeres 51.9% y hombres 48.1%) (CONAPO 2000), y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. (17, 18, 9)

Más del 70 % de los adolescentes visitan al médico anualmente, lo que representa una media de 3 visitas anuales. Por lo general, los adolescentes consideran al médico como una fuente valiosa y fiable de información sobre la salud. Puesto que los adolescentes visitan sobre todo a los médicos de atención primaria, los médicos de familia tienen una posición privilegiada para promover la salud en este grupo de edad. Y el motivo más frecuente por el que los adolescentes acudían a la consulta del médico era para someterse a una exploración médica o física general (incluidas las exploraciones físicas para realizar deporte). Entre las adolescentes ya mayores la razón más común para acudir al médico la constituían las visitas prenatales (19, 20, 21).

En los adolescentes por el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluyen la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones con responsabilidad de un adulto, socialización y conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período (22, 23).

García, 1992, refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente (24, 17).

El adolescente es en sí un sistema complejo de fenómenos infinitos operantes dentro de un todo, que es único y el objeto de la intervención médica. Su propia complejidad de ser un paso en la maduración del hombre y un cambio tan relevante que definirá al individuo del futuro; y su implicación en un evento biológico necesario, pero en el que aun no está preparado, como es el del embarazo, que obliga al de un niño a ser un adulto (25)

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO NO PLANEADO

Comprenderemos como embarazo no planeado a aquel que se presenta sin programación y de manera inesperada por una mujer, cualquier que sea el motivo (falta de método de planificación, violación, etc.), sin ser rechazado, como ocurre en el embarazo no deseado. (26)

Las adolescentes se casan (a menudo) muy temprano; más de 50 países permiten el matrimonio a los 16 años o menos; en siete, se permite el matrimonio desde los 12 años, incluso las novias más jóvenes enfrentan una presión social inmediata para demostrar que son fértiles. Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. (27, 15)

Las adolescentes embarazadas generalmente enfrentan solas una difícil situación: decidir cómo continuarán sus vidas. A veces eligen el camino del aborto, por presiones familiares, de la pareja o por decisión propia. En otros casos, se fuerza el matrimonio y la pareja adolescente debe enfrentar una serie de responsabilidades adultas, para las cuales no están preparados, deben abandonar sus estudios, encontrar trabajo, formar una familia como padres cuando aún necesitan seguir siendo hijos. La adolescencia de ambos se detiene repentinamente y se exige la madurez necesaria para llevar adelante una vida adulta. El embarazo también se da a veces fuera del ámbito matrimonial, esto provoca una crisis emocional y social que se produce cuando las tensiones biológicas y psicológicas del embarazo se intensifican por las tensiones sociales que implica la situación establecida al margen del matrimonio (28, 29)

Una de las principales tareas de la madre soltera, luego de haber determinado sus planes para el niño consiste en despojarse, psicológica y socialmente de su identidad de madre soltera e incorporar sus recientes experiencias a la vida diaria. Volver a reanudar las relaciones con los miembros de la familia, con el padre del niño y con los amigos, tomar decisiones acerca del trabajo, la escuela y la vivienda. La escuela ocupa un lugar importante en la vida del adolescente, es una de las necesidades básicas de la adolescente embarazada, así como también la familia (28, 29, 15)

FRECUENCIA DEL EMBARAZO:

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Cada

año más 15 millones de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de entre los 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados. Desde la década de 1990, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 19 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. El porcentaje de nacimientos en adolescentes de bajos recursos ha aumentado en un 74,4% entre 1975 y 1989. En 1990 hubo 521.826 nacimientos vivos de madres adolescentes, en la Republica Mexicana lo que representa el 12,5% de todos los nacimientos durante dicho año. De estas madres adolescentes, el 19,4% tuvo un niño una vez y el 4,0% había tenido un segundo parto. Durante el año 2002 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 19 años, lo que corresponde a un 16,1% del total. Y en el estado de Veracruz correspondió a un 18,9% del total de adolescentes embarazadas. (30, 27, 26)

Se estima que, a la edad de 20 años, el 40% de habrá experimentado por lo menos 1 embarazo. El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen: Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia). El riesgo de morir es el doble para mujeres entre los 15 y 19 años y de 5 veces mayor entre los 10 a 14 años. (30, 19).

El 80 % vive en hogares pobres y sólo el 15 % terminó la secundaria. Las estadísticas oficiales dicen que la mayor frecuencia de embarazos adolescentes se da entre los 17 y 18 años y casi la mitad de ellas son solteras. (30, 16)

FACTORES CONDICIONANTES DEL EMBARAZO:

El embarazo no planeado en las adolescentes, se puede considerar por diversos factores, según las diversas investigaciones realizadas, durante las diferentes épocas, y que comprenderían:

A) Factores de índole psicológica o individual: hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales: 1) los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes; 2) son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado y la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad; 3) una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas; 4) factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional; 5) falla en el control de los impulsos, afectividad empobrecida, escaso nivel de madurez emocional, autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación. (30, 31, 19)

B) Factores educativos: 1) desconocimiento de su propio cuerpo con maduración sexual temprana e inicio precoz de las relaciones sexuales (coito); 2) desconocimiento de la fisiología de la reproducción; barreras en el acceso a los anticonceptivos; 3) uso incorrecto o inconsistente de métodos anticonceptivos; 4) deficiencias en su formación escolar y familiar; 5) una visión genitalizada de la sexualidad, que en muchos casos lleva a establecer relaciones afectivas con el único objetivo de tener de relaciones

sexuales; 6) relaciones familiares conflictivas donde uno o los dos padres está ausente (entiéndase como ausente, que no dialoga e interactúa cotidianamente con sus hijos/as); 7) asociación con prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción; 8) escasos programas preventivos o de información en salud sexual y reproductiva diferenciados o específicos para adolescentes; 9) los valores culturales, en muchos países en desarrollo, el estatus femenino se equipara con el matrimonio y la maternidad; como lo menciona Díaz, México, 2003 (15) o Conde, Bolivia, 2000 (27)

C) Factores culturales,” como son: 1) el marco cultural de iniciación temprana de las relaciones sexuales; 2) la necesidad de tener hijos para probar la feminidad, basándose en las percepciones sociales de este concepto; 3) el poco valor y estima que la sociedad atribuye a la niña como mujer y como joven, y que se expresa en la falta de expectativas; 4) la percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas; 5) la poca estima que la niña siente por sí misma como resultado de las percepciones sociales; (6) la baja condición de la mujer dentro de la sociedad y las pocas oportunidades que se le brindan; las jóvenes todavía están bajo la influencia de modelos aprendidos desde la niñez que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres; y (7) a los jóvenes varones también se les empuja a probar su virilidad en términos sexuales y a través de la procreación; como lo menciona Torres en su artículo de “Niñas madres, 1998. (32)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:

La más alta mortalidad se da entre los hijos de madres muy jóvenes (menores de 15 años) o ya maduras (mayores de 40 años). La mortalidad entre los hijos de madres de 15

años es el doble que la de hijos de madres de 20 a 24 años. La prematuridad y el bajo peso de nacimiento son también más frecuentes entre los hijos de madres adolescentes.

Existen datos indicativos de que la mortalidad durante el primer año de vida es más alta entre los hijos de madres muy jóvenes, a causa de accidentes o infecciones. A pesar de que desde el punto de vista biológico no parecen existir barreras que impidan un normal embarazo a término en madres adolescentes, sí existen datos objetivos sobre un mayor riesgo de mortalidad, prematuridad o bajo peso de nacimiento. La mayoría de estas consecuencias negativas son debidas a deficiencias en el entorno social de la adolescente o a la inmadurez psicológica de una madre demasiado joven. (33, 34).

Los eventos familiares que llegan a sumarse durante el embarazo de la adolescente, y que pudieran ocasionar emociones negativas y estresantes pudieran ocasionar varios estados de crisis, que ocasionarían factores mas preocupantes para el médico, que podrían poner en riesgo al binomio madre-hijo, no solo en lo clínico, sino en lo familiar y social. Lo antedicho encuentra en el estrés uno de los mayores ejemplos de necesidad de esta concepción integradora en su diagnóstico y tratamiento (35).

DEFINICION DE ESTRÉS

El estrés es la expresión de la suma de cambios no específicos que desvían al organismo de su estado normal de reposo, dados por agresiones y exigencias internas y/o externas. Su presentación se caracteriza por la gradación y la inespecificidad de su clínica, por lo que las diferencias en ésta son generalmente cuantitativas. Se constituye un estado de gran tensión nerviosa originado en la persona por el exceso de trabajo, las aspiraciones no satisfechas, la ansiedad, etc. Suele manifestarse a través de una serie de reacciones

que van desde la fatiga prolongada, el agotamiento, cefalea, gastritis, úlceras gástricas, etc., pudiendo ocasionar incluso trastornos psicológicos (36, 37).

Una conceptualización más comprensible de estrés, lo definiría como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno familiar. El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debemos adaptarnos representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos; ascender en el trabajo trae consigo el estrés del nuevo status, de nuevas responsabilidades. (36, 37).

FUENTES DE ESTRÉS:

Nuestras experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno, nuestro cuerpo y nuestros pensamientos; el entorno se refiere a las condiciones ambientales, como por ejemplo: ruidos, aglomeraciones, demandas de adaptación, etc.; Las amenazas exteriores producen en nuestro cuerpo cambios fisiológicos que ocasionan en nuestro organismo, enfermedad. La forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros, viene determinada por una actitud innata de lucha o huida, cuando los estímulos que nos llegan son interpretados como amenazantes (36, 37).

La experiencia tiene posibilidades que pueden contribuir a la maduración o causar daño, sobre todo en relación con la noción que la madre adolescente tiene de sí misma como madre y como mujer. Las madres adolescentes enfrentan diversos momentos de crisis, estos pueden mostrar distintas reacciones: rechazo, hostilidad, desconfianza,

sentimiento de culpa insuficiente, depresión, ausencia de afecto observable e incluso, en ocasiones, una euforia desproporcionada, también sentimientos de incapacidad y fracaso. (37, 38).

EFFECTOS DEL ESTRÉS:

El estrés se inicia como un cuadro sencillo (trastornos del sueño, cefalea, dermatosis, falta de apetito, indigestión, agitación psicomotora, fatiga, preocupación, dificultad en la concentración, intentos suicidas y disminución de la libido), que puede evolucionar a un estado ansioso (temblores, tensión muscular, disnea y náusea, transpiración, sequedad bucal, insomnio conciliatorio, distorsiones perceptuales, agorafobia, despersonalización y desrealización), o depresivo de mayor gravedad (humor e interés deprimidos, retardo psicomotor, trastornos del apetito, sentimiento de imposibilidad de ayuda, culpa y desesperanza, variación diurna del humor, despertar temprano, ideas delirantes), por lo que el profesional tratante deberá estar atento a estas señales (37, 36).

También trae consecuencias inmediatas físicas como son elevación de la TA, aceleración del pulso, modificación de la actividad nerviosa, cambios del estado de ánimo y atención, alteración de ciclos biológicos y de otras funciones orgánicas, si persiste el entorno estresante puede convertirse en algo crónico y requerir de ayuda psicológica y médica (37, 36).

ESCALA DE HOLMES Y RAHE:

El estudio del estrés posee un enorme interés desde el marco social de la salud, que diversas condiciones sociales pueden actuar como agentes estresantes y modificar el estatus de la salud de los individuos. Si desea conocer qué grado de estrés experimenta, nada mejor que guiarse por la “Escala de Reajuste Social” de Holmes-Rahe. Se trata de una lista de situaciones cotidianas con su puntaje, ideada por los médicos estadounidenses Thomas Holmes y Richard Rahe, basándose inicialmente por los trabajos de Harold G. Wolf y Adolf Meyer; para conocer no solo quién enfermaba, sino cuando. Pretendía reflejar la carga social a que están sometidos los individuos y que en último afectan a la salud en un periodo de estudio que no sobrepasaba los doce meses (denominado estrés reciente). Holmes y Rahe examinó los registros médicos de 5000 pacientes que habían sufrido recientemente enfermedades. Se pidió a los pacientes si han experimentado cualquier acontecimiento de la vida que precede a la enfermedad. Los pacientes fueron invitados a evaluar los acontecimientos con un puntaje. Se encontró que muchas de las personas que han sufrido grandes acontecimientos de la vida anterior a su enfermedad. Una correlación positiva de 0.1 se encontró entre los acontecimientos de la vida y la enfermedad. Elaborada mediante ítem de sucesos vitales que no fueron seleccionados de manera arbitraria; únicamente aquellos sucesos que de forma repetida habían resultado ser suficientes en significado en las historias personales y que parecían asociarse al desarrollo o inicio de las enfermedades por el ajuste habitual del individuo, evocando reacciones psicofisiológicas. De este modo, los sucesos vitales podrían definirse como cambios vitales y a mayor cambio mas probabilidades de enfermar. Una de sus principales conclusiones fue que el estrés generado por estos acontecimientos parece ser acumulativo. Esta escala fue publicada por primera vez en el

"Diario de Investigaciones Psicosomáticas" dónde se universalizó toda una línea de investigaciones sobre el estrés y la salud y que aun siguen vigentes. Representando la primera contribución consistente al modelo biosocial de la salud y anticipándose al realizado por Ángel en 1977; justificándose en la actualidad, por: 1) permite estudiar de manera epidemiológica, grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, 2) posibilita estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, y 3) supone una orientación social de la salud (diferente de la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad) propuesta por Sandin en 1999.(39)

Ésta escala evalúa los factores potencialmente inductores de estrés con 43 acontecimientos positivos y negativos, a los que se les ha dado un puntaje que denominan "Unidades de cambio vital" (LCU) que va de 100 en el acontecimiento más grave o importante a 11 en el de menor relevancia, de acuerdo a la forma en que las personas se enfrentan con cada situación. Se suman todas las puntuaciones de los diferentes elementos, que se producen en un año y se clasificara el grado de crisis en que se encuentra la paciente en leve, moderado, severo o no relevante. (39)

Holmes y Rahe definen Reajuste como: «Cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo»; si la suma total de los mismos es igual o mayor de 150 LCU, los autores consideran que pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de sus miembros. Si se suma más de 300 unidades en un año puede tener un riesgo alto de enfermedad. Si su puntaje da por debajo de 299 hasta 150 se reduce ese riesgo en un 30 por ciento. En tanto, si su puntaje es inferior a 150 su riesgo es muy bajo. (39)

Es importante comprender que los cambios tienen efectos a lo largo de cierto tiempo. Es como tirar una piedra en un lago. Después del "chapuzón" inicial, se experimentará pequeñas oleadas de estrés por lo menos un año después del incidente. (39)

Por lo tanto, si se ha experimentado un nivel de estrés de 250 o más en el último año, aún con una tolerancia "normal" puedes encontrarte en una situación de "sobre-estrés". Personas con una "baja tolerancia al estrés" pueden encontrarse sobre-estresadas a niveles de 150 o menos. (39, 38)

No obstante, hay que tener presente que las respuestas individuales a situaciones concretas varían en cada caso. Por eso, el resultado es sólo un indicador aproximado. En este estudio se pidió a los participantes que recordar últimos acontecimientos de la vida, haciendo de los datos retrospectivos y muy poco fiables. Aunque existe una correlación positiva, se sólo 0,1, que es muy pequeña correlación no implica causalidad. La escala creada no permite diferencias individuales, las personas perciben acontecimientos de la vida de otra manera. Esta escala, sin embargo, crear una manera sencilla de la clasificación de la cantidad de personas que sufren de estrés y la probabilidad que existe de sufrir una enfermedad. (40, 38)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo comprende un suceso vital mayor, puesto que lleva un cambio muy significativo en el contexto individual, familiar y social, con abandono y/o creación de redes sociales; provocando sentimientos de ansiedad, incertidumbre, pérdida de control y de estatus social, reducción del apoyo social percibido y desafíos diversos que crean diversas estrategias de afrontamiento; asociándose a quejas psicósomáticas y malestar interpersonal y relacionándose con el desarrollo de diferentes estados psicopatológicos y a la aparición de sucesos menores. Sumándole a esto, la difícil edad de la adolescencia y el resto de sucesos vitales que ocurren durante 12 meses previos a un embarazo no planeado, hacen necesario el conocimiento del grado de estrés de una adolescente.

El análisis completo por parte del médico familiar de un paciente, tanto en estado aparente de salud, enfermedad o de forma pronóstica, es indispensable para poder entender de manera verdadera, el porqué de su situación actual de salud. Por lo tanto, para un adolescente que por su única situación de vida, ya vive en un mundo de estrés, y que al sumársele un evento tan importante para cualquier ser humano, como es el tener un embarazo, con todos sus cambios físicos, psicológicos y sociales; y a todo esto los eventos familiares estresantes que ocasionan mayor crisis al adolescente, pueden ser los autores de un mundo de comportamientos del individuo ante su mundo y en su estado de salud.

Existen múltiples formas y métodos de identificar el estrés en el embarazo en estudios transversales, uno de ellos es la “Escala de Reajuste Social” de Holmes-Rahe, con una lista de 43 situaciones cotidianas, que son valoradas durante los últimos 12 meses de vida de cada paciente; y, que servirá para diferenciar el grado de estrés en nuestro grupo

de estudio. Y con esto se buscara la respuesta al siguiente interrogante del planteamiento del trabajo de investigación:

¿Cuál es el grado de estrés en adolescentes con embarazo no planeado adscritas en el Hospital general de zona/ UMF. 35 del IMSS. de Cosamaloapan Ver.?

JUSTIFICACIÓN:

Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo. Éste es un fenómeno expandido por todo el orbe: en Estados Unidos se presentan anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; para 1996, en Canadá se embarazaron alrededor de 40 mil adolescentes; en Europa las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña. Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluido el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales (37).

Durante el año 2006, en el Hospital general de zona 35 de Cosamaloapan Ver., se atendieron en consulta un total de 235 mujeres embarazadas. Siendo 71 mujeres (30.2%), adolescentes en edad de 10- 19 años. Representando el 3.7 % de las 1501 mujeres adolescentes adscritas a esta unidad. Cifras que nos indican, que ocurre dicho evento en esta zona de manera activa, y con un porcentaje que podría sobrepasar la tendencia en que ocurre a nivel de la Republica Mexicana (12.5%), o en el mismo estado de Veracruz (18.9%) (9,23), y basándonos en la necesidad, de poder valorar integralmente a dichas adolescentes con embarazo no planeado; y que por su frecuencia, pareciera ser una situación para los propios de la comunidad en que se realizó el estudio, muy común e irrelevante. Dada cada sociedad, el Medico Familiar, tiene que comprender, la situación de cada paciente, dado su ambiente y las características de cada individuo para responder de manera positiva o negativa, y poderse prevenir el inicio, el progreso o detener un problema de salud físico o mental.

Y en el caso de la adolescencia en que no es una edad ideal biológica y psicológicamente para procrear y enfrentar la responsabilidad que representa la formación de una familia, y más cuando no se a planeado; el que el medico familiar conozca el grado de estrés que puede estar enfrentando su paciente, puede lograr que se pueda actuar de manera integral para atenderla en todas las esferas de una persona (mental, físico y social), y para poder dar a conocer al paciente que es necesario afrontar o solo conocer los causantes de su padecimiento o conflicto emocional que sin querer lo perjudican y que podrían poner en riesgo de manera verdadera su salud.

El que un individuo pueda darse cuenta de su mundo y aprenda de si mismo puede lograr, que un tratamiento medico pueda ser eficaz, un programa de atención sea cumplido y un mejor futuro se pueda esperar para un enfermo.

Es por eso que al darnos cuenta que el estrés es condicionante de acciones o padecimientos autoprovocados por la falta de experiencia de un individuo ante una situación negativa y que esta puede ser una crisis compleja en el caso de la misma adolescencia y con la suma de un embarazo; nos daremos a la tarea como médicos familiares de situar a la adolescente con un embarazo en una escala de crisis al analizar los eventos familiares tanto positivos como negativos que ocurren al momento de su embarazo, para poder valorar la situación integra de un evento biológico en una edad tan conflictiva y que por si sola trae repercusiones a si misma y a su entorno familiar y social.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de estrés, utilizando la escala de Holmes y Rahe, en la adolescente con embarazo no planeado, adscritas en el Hospital general de zona/ UMF. 35 del IMSS. de Cosamaloapan Ver.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- 1.- Describir el grupo de edad predominante, en adolescentes con embarazo no planeado.
- 2.- Describir el nivel socioeconómico predominante, en adolescentes con embarazo no planeado.
- 3.- Describir el estado civil predominante, en adolescentes con embarazo no planeado.
- 4.- Describir el grado de escolaridad predominante en adolescentes con embarazo no planeado.
- 5.- Describir la ocupación predominante en adolescentes con embarazo no planeado.
- 6.- Describir la religión predominante en las adolescentes con embarazo no planeado.
- 7.- Describir el trimestre de embarazo en que acuden a consulta medica de control de primera vez de las adolescentes con embarazo no planeado.
- 8.- Describir los tres primeros eventos vitales, según la escala de Holmes y Rahe, causantes de estrés en la adolescente con embarazo no planeado.

METODOLOGIA:

Se realizo un diseño de estudio transversal, descriptivo, prospectivo y observacional.

El universo de trabajo fue el total de mujeres embarazadas derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social en la adolescencia (por definición operacional entre los 10 a los 19 años de edad); y que fueron detectadas al acudir a los consultorios, en consulta medica de primera vez, en los turnos matutino y vespertino de medicina familiar, y consultorio de enfermera materno infantil y obstetricia adscritas en el Hospital general de zona con Unidad de Medicina Familiar 35 (HGZ. C/ UMF. 35) del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), de Cosamaloapan Veracruz.

Periodo del estudio enero a diciembre del 2006.

Se incluyeron a mujeres para su estudio de acuerdo a las siguientes características:

- 1) Independientemente de la semana de gestación que aceptaron la aplicación de la encuesta y aportaron posterior a la explicación del investigador su consentimiento informado.
- 2) Mujeres con documentación presentada durante la entrevista y con vigencia confirmada por el área de informática clínica y archivo del Hospital, se consideraron derecho-habientes adscritas al HGZ. C/ UMF. 35.
- 3) Se le realizara una encuesta directa en el momento de acudir a su control de atención prenatal de primera vez o subsecuente.

No se excluyo a ninguna de las mujeres seleccionada.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:

Edad: fue definida como la emitida durante la visita por la misma paciente, que se dio a la tarea de darle una escala de intervalo de 10 a 13 años, 14 a 16 años y de 17 a 19 años.

Nivel socioeconómico: definido de acuerdo a los ingresos familiares en total, por salarios mínimos diarios en ese momento de cuarenta y cuatro pesos (\$44.00), creándose una escala nominal de nivel socioeconómico: 1) Bajo con menos de dos salarios mínimos diarios (< \$88.00), 2) Medio de tres a cuatro salarios diarios (\$132.00 a \$176.00) y 3) Alto de cinco salarios en adelante diarios (> \$220.00).

Estado civil: con definición por vínculo con la pareja emitido durante la entrevista, con una escala nominal de soltera, en unión libre, casada, viuda y divorciada.

Escolaridad: definida como el grado de estudios concluidos, emitidos por cada paciente con una escala nominal de analfabeta, escolaridad de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura en carrera técnica.

Ocupación: definida como la actividad laboral emitida durante la entrevista, con una escala nominal de ama de casa, empleada o estudiante.

Religión: definida como los principios de fe emitidos durante la entrevista, con una escala nominal de católica, cristiana, testigo de Jehová, mormón, pentecostés y otros.

Semanas de gestación: definida como el tiempo del embarazo en base a su fecha última de regla, con una escala nominal agrupada del primer trimestre (comprendido de la 1ª a la 13ª semana de embarazo), segundo trimestre (comprendido de la 14ª a la 27ª semana de embarazo), y tercer trimestre (comprendido de la 28ª a la 42ª semana de embarazo).

PROCEDIMIENTO:

Se recabo en primer lugar los datos de identificación de cada mujer adolescente embarazada (nombre, consultorio, turno, unidad de medicina familiar de adscripción y servicio dónde se encontraban en control prenatal), en esta etapa se detecto a 71 mujeres.

Posteriormente se acudió al final de cada mes, durante el mismo año, al área de informática clínica y archivo del mismo hospital, y con la aprobación de ambos jefes de los turnos matutino y vespertino y el apoyo del resto de analistas del área, se confirmaron el total de pacientes atendidas de primera vez por cada consultorio. Así, como los nombre de cada paciente registrado, corroborando la edad por fecha de nacimiento en el banco de información electrónico, confirmando su vigencia como derecho-habiente y su dirección actual.

Por ultimo se acudió a realizar una entrevista estructurada por el investigador principal del estudio (Dr. FJCA) en el mes subsiguiente a la identificación de cada paciente, con una elección libre de visitas de 2 a 3 pacientes al día. La mayoría de visitas se realizaron en la ciudad de Cosamaloapan, Veracruz. (76% del total de pacientes), y en otras comunidades periféricas que comprendieron: Carlos A. Carrillo, San Francisco Oyozontle, Benito Juárez, El Roble y Paraíso Novillero, todas incluidas en el estado de Veracruz que representaron el 24% de la muestra. Dichas comunidades canalizan al HGZ. C/ UMF. 35 de Cosamaloapan Ver., a sus embarazadas en total a los servicios de Enfermera materno infantil para su control adecuado o al servicio de Obstetricia en caso de ser pacientes con complicaciones o para descartar algún problema específico. Siendo el 100% de las pacientes, visitadas en sus casas por el investigador; de las cuales, 41 pacientes (58%), se encontraron en la primera visita y en su domicilio.

Requiriéndose de una segunda visita en 15 mujeres (21%) por no encontrarse en su domicilio por múltiples causas; una tercera visita por la misma razón en 11 mujeres (15%); y una cuarta ocasión en 4 mujeres (6%). Necesitándose buscar durante la primera visita, a 52 mujeres (63%), en su nuevo domicilio, al haberse mudado dentro de la misma comunidad visitada.

En presencia de la paciente y de toda la familia que estuviera en ese momento, se procedió a la presentación del identificador verbalmente y se solicitó la autorización para realizar la encuesta, previa explicación de en que consistía la visita en su domicilio y la importancia de recibir su apoyo para la realización de la misma. Posteriormente se le pedía su opinión, si deseaba que se le realizara la encuesta en presencia de sus familiares o solo con el entrevistador, dentro de su domicilio.

A continuación se le explicaba mas ampliamente el tipo de encuesta, la importancia de conocer la información para determinar el grado de crisis de estrés familiar de ella como adolescente con un embarazo no planeado, explicándole los términos principales de familia, adolescencia, embarazo no planeado, estrés, grados de crisis familiar secundario al estrés y su repercusión en la atención medica integral para la mejor atención de las pacientes a futuro en consulta familiar.

Como siguiente paso se procedía a realizar la encuesta de Holmes y Rahe con sus 43 eventos que habían ocurrido en el curso de 12 meses a la fecha de su entrevista, tanto esperados por una familia (normativos), como los inesperados (paranormativos), siendo aclaradas las dudas a ciertos términos de la paciente por el investigador.

Independientemente del grado de estrés, se procedió a informar a la paciente y a los familiares de los posibles efectos que ocasionaba el estrés y de los cambios para lograr un ambiente mas apropiado de protección de la adolescente embarazada: 1) promover

las practicas y cuidados básicos de salud (para la madre y el hijo); 2) fomentar el uso apropiado de los servicios de salud; 3) fortalecer las relaciones paterno-filiales; 4) fortalecer las habilidades paternas en el manejo de las diversas situaciones familiares. Evitando, así, el inicio de algún efecto negativo o lograr mejorar situaciones que posiblemente ya se estaban presentando y que afectaban a la adolescente física o mentalmente. Recordándoles que el aun en las adolescentes sin ningún grado de estrés o de grado leve, podría tener un efecto a futuro y no inmediato, dejándoles cita para control en consulta de Medicina Familiar para su atención lo mas próximo posible, según su programa de citas de cada una. Al igual que para los grados moderados y severo de estrés, se procedió a una cita al otro día con su Medico Familiar para comunicarle los resultados de la encuesta para un apoyo mas integral una apreciación medica de correr con un factor de mayor riesgo con su embarazo, para una atención mas preventiva.

Al final se agradeció la aceptación a la encuesta por parte de la paciente y del resto de la familia

CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES:

Año 2006:

Actividades.	Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre	Octubre.	Noviembre	Diciembre
Elaboración del protocolo.			X									
Aprobación.			X									
Recolección de datos.						X	X	X	X	X	X	X
Análisis.												X
Presentación.								X				X

CONSIDERACIONES ETICAS:

La presente investigación esta clasificada como riesgo leve, ya que únicamente se limita a la realización de un análisis para conocer El grado de estrés en adolescentes con embarazo no planeado según la escala de Holmes y Rahe, sin afectar directamente su estado de salud, por lo que se ajusto a las normas éticas de: La ley General de Salud en la Republica Mexicana, en materia de investigación en su articulo 117 fracción 2da., para estudios de investigación en seres humanos. Normas éticas del Instituto Mexicano del Seguro Social, estableciendo el permiso por escrito con carta de consentimiento informado de las adolescentes participantes y de sus familiares como testigos; para poder ser encuestado.

Así como las normas internacionales de investigación plasmada en la declaración de Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983, como de bajo riesgo ya que solo se limita a estudios observacional.

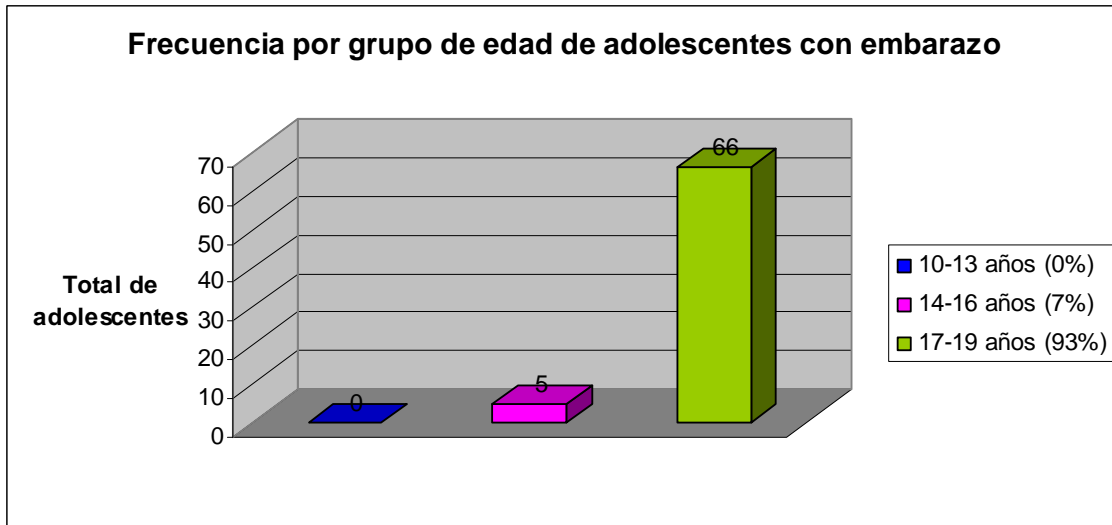
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La información se capturo en el programa de computación Excel. Se considero como variables dependientes de la investigación a el grado de estrés que se presentaba según los valores que dieron los autores de Holmes y Rahe y que consistían por definición en una lista de 43 situaciones cotidianas, positivas y negativas, normativas y no normativas, a los que las personas se enfrentan y que evalúan los factores potencialmente de estrés, con una escala ordinal clasificada de A) 0-149: No existen problemas importantes, B) 150-199: Grado de estrés leve, C) 200-299: Grado de estrés moderada, D) 300: Grado de estrés grave.

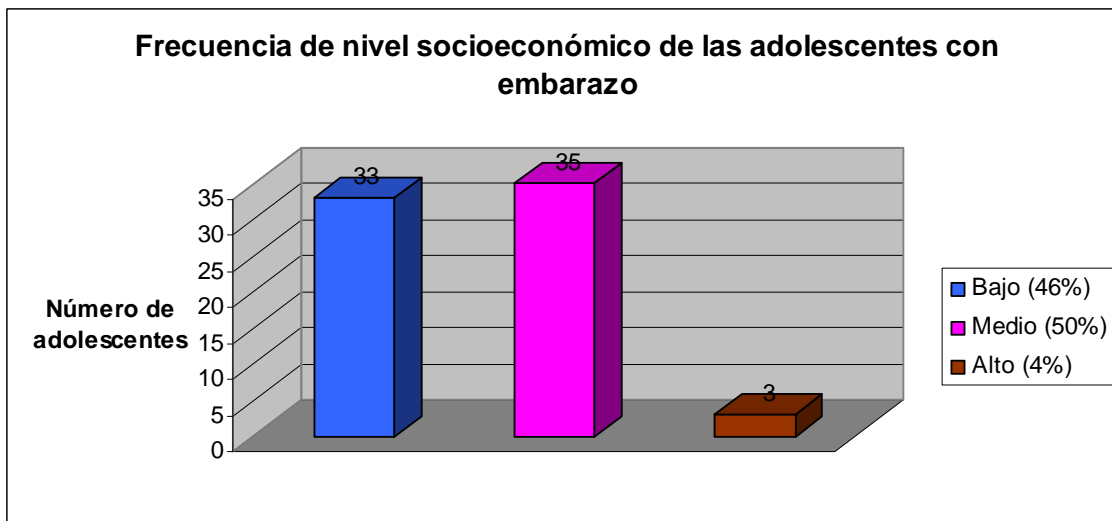
El análisis se realizó en una etapa descriptiva con frecuencias simples (números absolutos) y frecuencias relativas (porcentajes).

RESULTADOS:

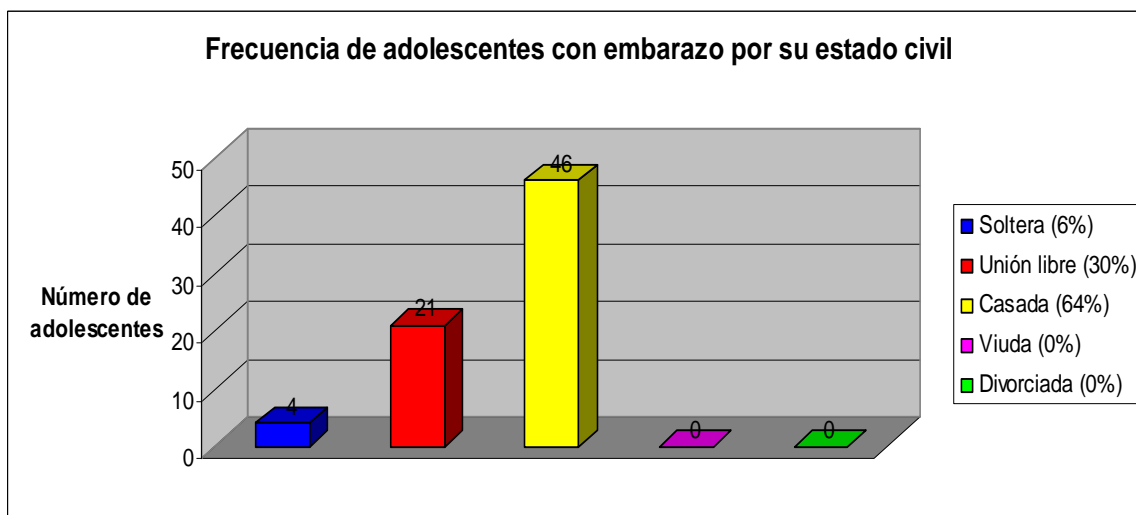
Se obtuvo con un porcentaje por grupos de edad de 10 a 13 años en un 0% (0 adolescentes), de 14 a 16 años de un 7% (5 adolescentes) y de los 17 a los 19 años del 93% (66 adolescentes) (Fig. 1).



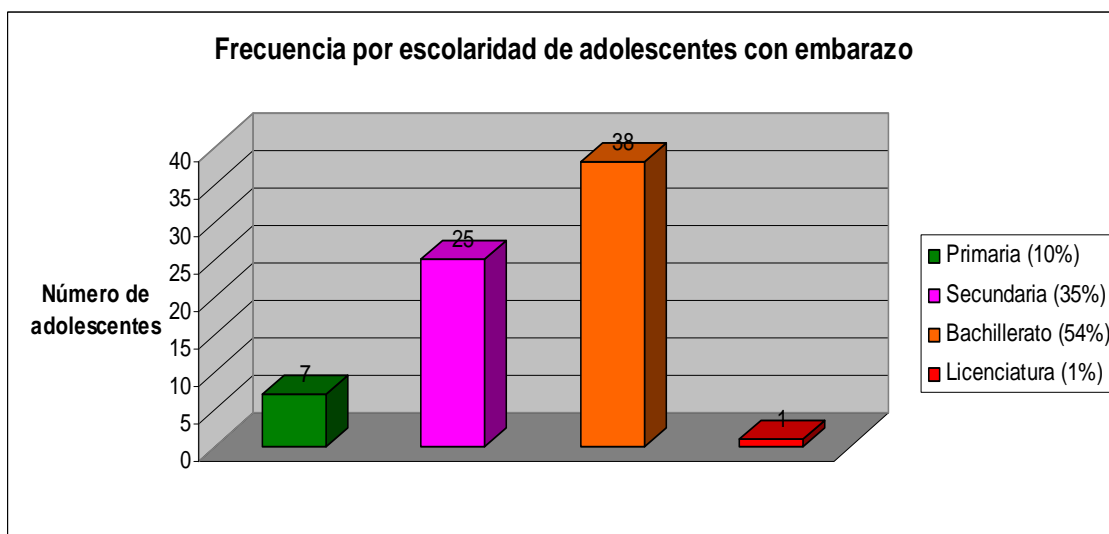
Predominando con un 50% el nivel socioeconómico medio (35 adolescentes), con un segundo lugar el nivel socioeconómico bajo con un 46% (33 adolescentes), y un tercer lugar el nivel socioeconómico alto con un 4% (3 adolescentes) (Fig. 2)



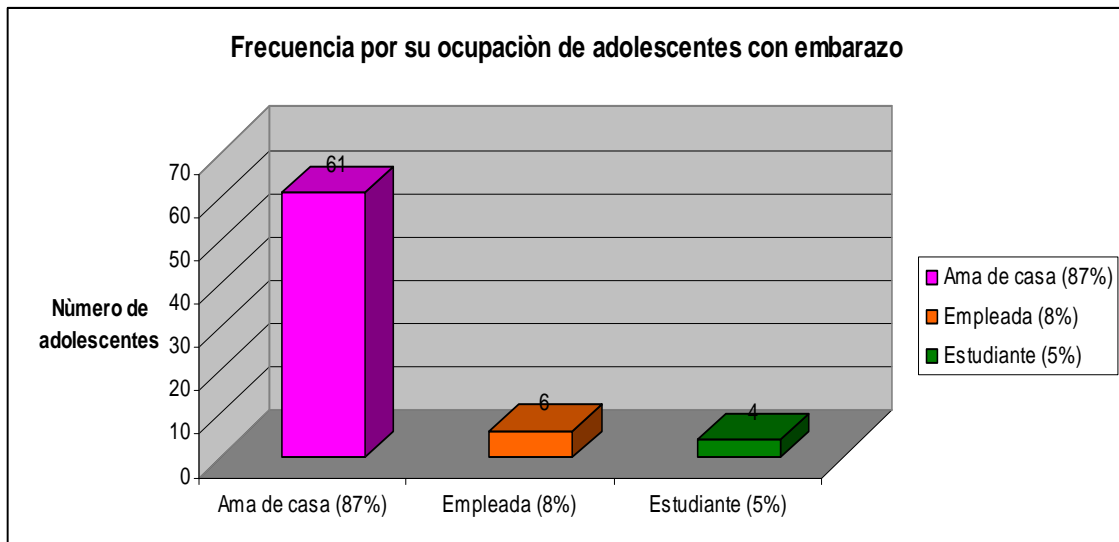
Resultando como mayoría las adolescentes casadas a consecuencia de su embarazo en el mismo año en un 64% (46 adolescentes), en unión libre en un 30% (21 adolescentes), solteras en un 6% (4 adolescentes) y 0% como viudas ó divorciadas (Fig. 3).



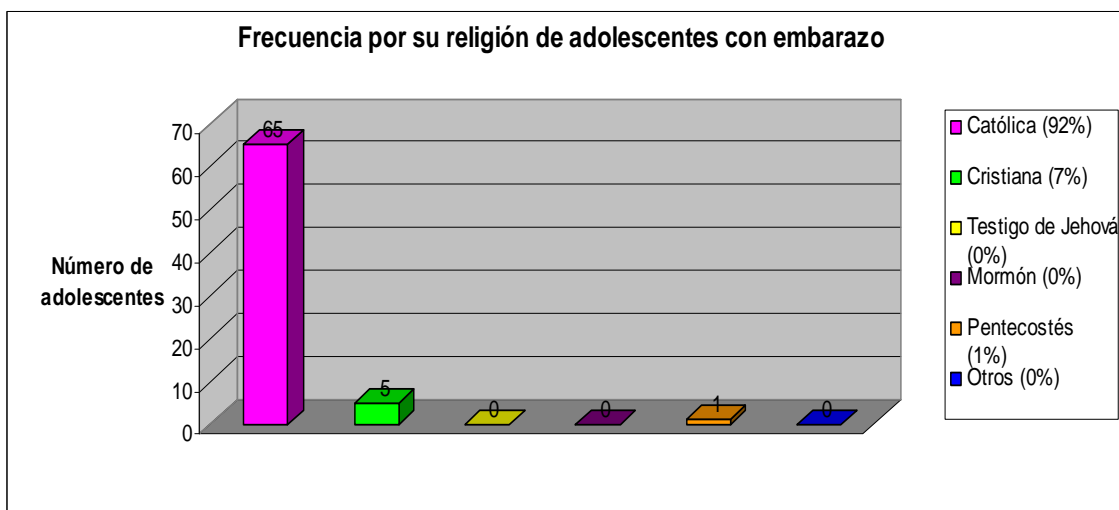
Presentando los resultados, que las adolescentes con embarazo no planeado estaban cursando una escolaridad de predominio bachillerato en un 54% (30 adolescentes), secundaria en un 35% (25 adolescentes), primaria en un 10% (7 adolescentes), y adolescentes en carrera técnica en un 1% (1 adolescente) (Fig. 4).



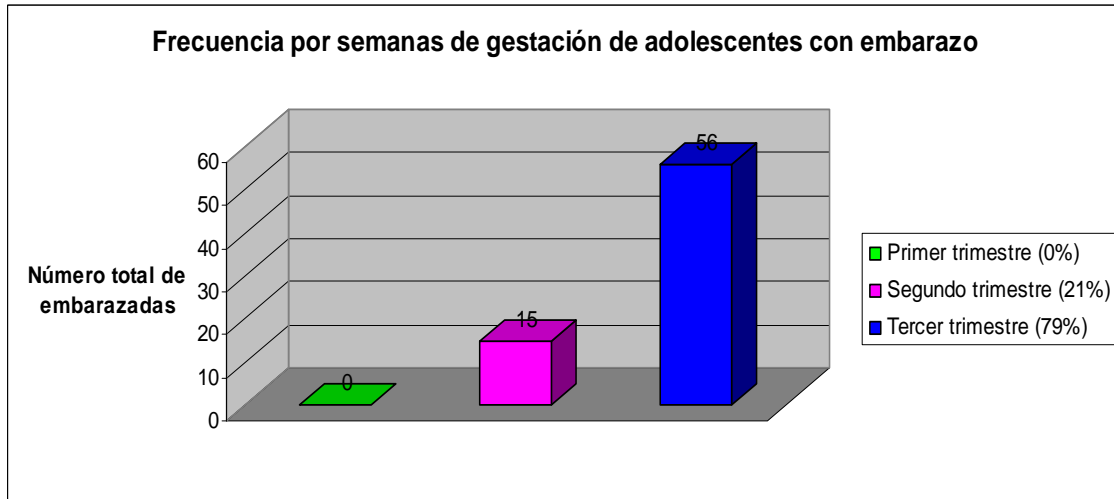
Resultando en un 87% (61 adolescentes) como amas de casa, empleadas 8% (6 adolescentes), estudiantes 5% (4 adolescentes) (Fig. 5).



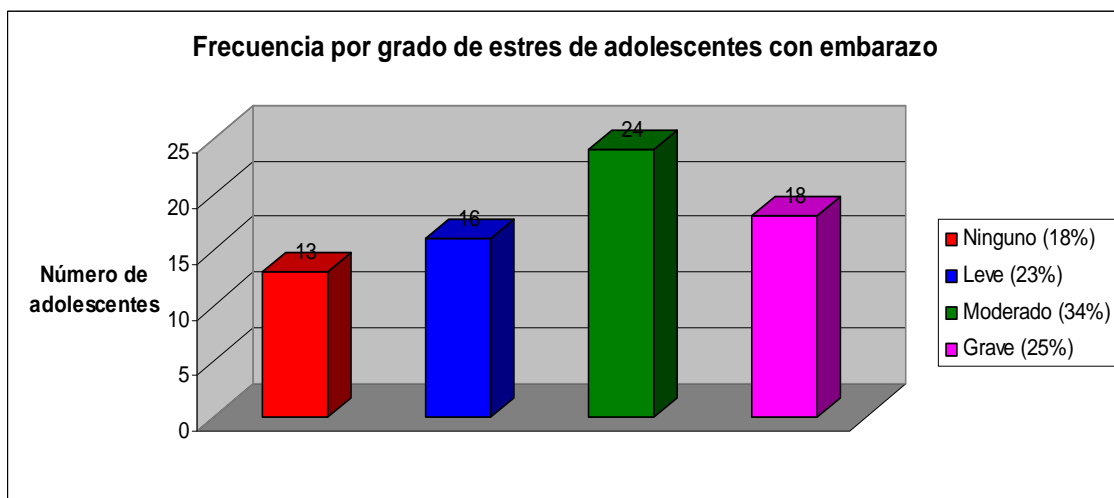
Con un predominio de católicas en un 92% (65 adolescentes), cristianas 7% (5 adolescentes), Pentecostés en un 1% (1 adolescente) y con un 0% Testigos de Jehová, Mormones y otras religiones (Fig. 6).



Encontrándose en su mayoría las adolescentes entrevistadas en un tercer trimestre de su embarazo en un 79% (56 adolescentes), en un segundo trimestre en un 21% (15 adolescentes), y en un 0% en un primer trimestre (Fig. 7).



Con un porcentaje de frecuencia por su grado de estrés: grave 25% (18 adolescentes); moderada en un 34% (24 adolescentes); intensidad leve en un 23% (16 adolescentes); y sin ningún grado de estrés en un 18% (13 adolescentes) (Fig.8).



Presentando en los diez primeros lugares como eventos inesperados según escala de Holmes y Rahe: 1) los cambios de recreación en un 77% (55 adolescentes); 2) el mismo embarazo y el cambio de residencia en un 73% (ambos con 52 adolescentes); 3) cambios en los hábitos alimentarios en un 65% (46 adolescentes); 4) cambios de responsabilidad en el trabajo y su vida diaria en un 63% (45 adolescentes); 5) revisión de hábitos personales en un 62% (44 adolescentes); 6) Cambio en las actividades sociales en un 61% (43 adolescentes); 7) Cambios en el estado financiero 56% (40 adolescentes); 8) inicia o termina el ciclo escolar 46% (33 adolescentes); 9) el matrimonio 41% (29 adolescentes); 10) cambios en las condiciones de vida y el cambio en el número de reuniones familiares 25% (ambos con 28 adolescentes) (Tabla 1)

Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Cambio de recreación	55	77
Embarazo	52	73
Cambio de residencia	52	73
Cambio en los hábitos alimentarios	46	65
Cambio de responsabilidad en el trabajo	45	63
Revisión de hábitos personales	44	62
Cambio de actividades sociales	43	61
Cambios en el estado financiero	40	56
Inicia o termina el ciclo escolar	33	46
Matrimonio	29	41
Cambio en el número de reuniones familiares	28	39
Cambio en las condiciones de vida	28	39
Dificultad con parientes políticos	19	27
Cambio en los hábitos del sueño	18	25
La esposa comienza o deja de trabajar	8	17
Cambio en el número de discusiones de pareja	12	17
Lesión o enfermedad personal	9	13
Problemas sexuales	6	8
Muerte de un familiar cercano	5	7
Perdida de empleo	2	3
Cambio de actividades religiosas	2	2
Cambio a línea diferente de trabajo	1	1
Cambio de escuela	1	1

DISCUSION:

Hubo un mayor predominio de mujeres en el intervalo de edad entre los 17 a los 19 años y contrastando con las investigaciones realizadas por otros autores como Cuevas (41). No obstante lo anterior, con adolescentes que se encontraban en edades de los 16 a los 19 años en un 81% o de Correón (42), donde la estratificación por edad reveló que el inicio de vida sexual activa entre los 16 y 19 años (85.6%). Quedando esta diferencia marcada, por lo que se observó durante las entrevistas, de ser un evento que se repetía de padres a hijos en esta sociedad, ya que incluso los mismos padres habían pasado por la misma situación de adolescencia y con un embarazo no planeado.

Con relación al nivel socioeconómico hubo una mayor proporción de adolescentes con nivel medio siguiendo en frecuencia quienes presentaban nivel bajo y una pequeña proporción (4%) en un nivel alto. Los resultados del presente estudio no coinciden con otras investigaciones realizadas recientemente como el estudio realizado por Núñez y col. (43) y Langer (26), en donde el predominio en hogares fue un nivel socioeconómico bajo en un 70.4%. Siendo comprendido esto, por realizarse el estudio, en una zona compuesta por un medio rural y urbano, con una economía que gira alrededor de la producción de caña de azúcar, con cambios en el número total de derechohabientes durante el transcurso del año para las familias campesinas jornaleras que solo tienen derecho a la atención médica durante 6 meses al año; y existiendo un predominio de familias campesinas productoras, familias obreras, familias comerciantes en una mayoría y familias empresariales en una minoría. El nivel socioeconómico es una característica compleja que interrelaciona con lo que se denominan como estresores psicosociales, donde el contexto económico es una característica que interrelaciona con algunos procesos de enfermedad y que es percibido como tal por la población, sobre todo en adolescentes.

Aclarando, que solo el 2.8% de adolescentes, ya estaban casadas antes de su embarazo no planeado; y que un total del 97.2% de adolescentes se encontraban solteras; debido a que en la zona se aceptaba el matrimonio entre jóvenes adolescentes de hasta 15 años. La realización de la encuesta nos presentó, que la mayoría de las adolescentes se encontraban casadas en la mayoría de los casos en nuestra zona de estudio, y esto resultó ser un porcentaje aproximado al reportado por Correón (42), con un 65.9%. Pero si existiendo diferencias significativas con el mismo autor, en cuanto a las adolescentes en unión libre, con un porcentaje del 30%, que resultó ser mayor al que él, reportó en solo un 16.7%, resultando un porcentaje muy inferior a las señaladas como del 17.4% de solteras por Correón, a lo que encontramos en nuestro estudio que correspondió al 6%. Resultando todas estas diferencias, a lo observado como un patrón de conducta familiar, donde era aceptado el noviazgo a temprana edad y la unión en matrimonio o en unión libre de adolescentes. (citas) El porcentaje total del 97.2% de adolescentes que se encontraban solteras en nuestra investigación, fue mayor al 50% de las adolescentes que menciona Langer (26). Debido a que la mayoría de las adolescentes no utilizaban un método anticonceptivo durante sus primeras relaciones sexuales causantes de su embarazo o por errar en el uso del mismo, por parte de los adolescentes. La suma de los niveles escolares de bachiller y secundaria de un 89%, tiene un alto margen de diferencia con respecto a Cuevas (37), donde resulta el 56%. Haciéndose notar incluso, que existía un mayor porcentaje de adolescentes en bachiller en nuestra zona de investigación (54%), contra al descrito por Cuevas (17%). Siendo este porcentaje ocasionado en parte: por la frecuencia de grupos de edad en que ocurría dicho evento y por el mayor grado de estudios académicos, en que podría cursar la adolescente de la región, por sus posibilidades socioeconómicas de nivel medio principalmente.

Se observó, una misma preferencia religiosa de adolescentes católicas con embarazo no planeado, a la señalada nacionalmente por INEGI en el 2000 y Langer en el 2002 (26), en mas del 90%; pero, resultando en nuestra investigación un porcentaje de mayores religiones protestantes del 8%, contra el 3% nacional. Secundario a la aceptación en la región de solo dos religiones únicamente y con principios parecidos a la católica, como son la cristiana y la Pentecostés.

Con relación a las labores o actividad laboral la mayoría de las adolescentes incluidas refirió dedicarse a las labores del hogar, similar a lo reportado en otro estudio, aunque en menor proporción. Correspondiendo a que las adolescentes, en nuestra zona, abandonaban sus estudios en su mayoría, y solo lo continuaban el 5%, contra el 13% reportado nacionalmente; y a que por su mayor predominio de familias con un claro patriarcado, la mujer no debía incluso que buscar empleo, resultando en nuestras encuestas un 8%, por debajo del 31% reportado por los estudios de Cuevas (41).

La mayoría de las adolescentes incluidas, acudieron al medico familiar, en el tercer trimestre del embarazo (29^a semana de embarazo en adelante), en un 79%; percibiéndose varios factores, además, de los dos primeros que mencionaremos y señalados por Nuñez y col., 2003 (40): 1) tratar de ocultar el mismo embarazo no planeado ante la sociedad; 2) atendieron su embarazo durante los primeros meses con un médico de su confianza en centro de salud o particular; 3) llevaban un control con parteras; y 4) no contar con un seguro social vigente.(43)

El predominio en este estudio, de los tres eventos vitales de mayor impacto en la adolescente con embarazo no planeado resultaron ser: el cambio de recreación (77%), el mismo embarazo (73%), y el cambio de residencia (73%). Variando completamente y con un mayor porcentaje en la tendencia de eventos en nuestro estudio y comparados con el estudio de Hernández y Salinas (44), con sus tres primeros eventos vitales: el

embarazo (66.6%), el cambio en los hábitos personales (66.1%), y el cambio de recreación (55.5%). Permaneciendo constantes tanto el embarazo y los cambios recreativos, en ambos estudios, en cuanto a ser de los principales eventos vitales causantes de un grado de estrés entre adolescentes con embarazo no planeado. Manifestando, que son eventos vitales, que independientemente de la cultura, época o educación; hacen en nuestro grupo de investigación, el mismo cambio completo en sus características de adolescentes, como individuos en vías de maduración y preparación física y mental; a convertirse en individuos, que socialmente tendrán que abandonar sus actividades de despreocupada y de diversión; y, a tener que aceptar de manera sorpresiva un cambio de hábitos y conductas, sin haber terminado de ser educados, teniendo que llevar un rol familiar no aceptados por ellos, aun cuando cuentan con el apoyo familiar, posiblemente por tradición.

Con la escala de Holmes y Rahe, se llegó a verificar que el grado de estrés para la adolescente con embarazo no planeado, en nuestro medio, tuvo una notable diferencia, con un predominio de un grado de estrés moderado en nuestra encuesta, que contrasta por tener un mayor porcentaje (34%), contra el 12.7% de Hernández y Salinas; y con un porcentaje mucho menor de casos de estrés severo (25%), con respecto al presentado por Hernández y Salinas (87%). Observándose que las familias de las adolescentes encuestadas, tienen una muy antigua costumbre de aceptar la creación de familias por adolescentes de edades similares a las actuales, logrando que fueran apoyadas y haciendo persistir un similar patrón de conducta familiar, en las siguientes generaciones. Disminuyendo con ese mismo apoyo familiar el número de eventos vitales causantes de dicho estrés y haciendo posible que dichas adolescentes, estén más preparadas para enfrentar dicho embarazo no planeado, por sentirse más aceptadas y protegidas. Pero existiendo también otra diferencia notable en cuanto a que en nuestras encuestas, si se

presentaron casos de estrés leve (20%) y ninguno (21%), contra el 0% que Hernández y Salinas reportaron para ambos grados de estrés; debido a que las adolescentes de la zona llegan a tener una mayor oportunidad de preparación y a salir de viejas tradiciones autoritarias de los padres, que las obligaban a solo criar hijos y servir en una casa como amas de casa; y, a no desear sobresalir a su condición de mujer abnegada y sumisa por tradición. Existiendo en nuestro estudio, adolescentes que sufrían de algo de estrés o ningún estrés, por tomar a la ligera o con “madurez” los eventos vitales que se presentaban en su vida. Siendo también posible a una autoresistencia ante dichos eventos vitales creadas por su familia de origen. Con estos resultados, cada adolescente puede tener eventos vitales, que si no ocasionan inmediatamente un grado de estrés, si podrían ser causa de un grado de estrés a futuro, y, de diferente grado; demostrando que para una persona, que está en vías de una maduración integral, y, que apenas puede entender su propio mundo; es muy difícil tener que comprender, apoyar y darle sentido a una nueva vida, con una pareja y un hijo no planeado, ya que existe un inexperiencia que dificultara hasta el evento mas mínimo, como menciona Sandin (39).

CONCLUSIONES:

El grado de estrés con mayor grado de ocurrencia en las adolescentes, pertenecientes a nuestra investigación, resultó ser el grado moderado.

El grupo etario identificado reencuentra en los linderos de la etapa adulta.

El nivel socioeconómico es en predominio de nivel medio.

El grado de escolaridad en donde se presentaban más embarazos, correspondió durante los años del bachiller.

Las labores predominantes son las del hogar

La religión, con mayor número de adolescentes, resultó ser la católica

El trimestre del embarazo, en que acudían a consulta medica de control de primera vez, con un mayor porcentaje de ocurrencia, correspondió al tercer trimestre

REFERENCIAS:

- 1.- Huerta GJL. Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Colegio Mexicano de medicina familiar. Sistema Inter 1999; 1(4): 5- 30
- 2.- Irigoyen CA. Diagnóstico Familiar. México. Medicina Familiar Mexicana. 2000: 185-188
- 3.- Taylor R. Family Medicine. Principles and Practice. 5th edition Springer-Verlag Iberica Barcelona 1999; 5: 29-34
- 4.- Doherty WA, Campbell TL. Families and health. Beverly Hills, CA: Sage 1988: 125-132
- 5.- Doherty WJ, et all. Family medicine: the maturing of a discipline. New York: Haworth, 1987: 160-178
- 6.- Zervanos N. A century of medical educational reform: family practice, a specialty whose time has come. Fam. Med. 1996; 28: 144-146.
- 7.- Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Publica México 1997; 39:137-143.
- 8.- Muñoz-Chereau B., et all. Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. Revista de Psicología, Universidad de Chile 2001; 10 (1): 21-34
- 9.- Frenk-Mora J. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Secretaría de Salud México 2002; 2: 33-38
- 10.- Núñez-Rivas H., Rojas Chavarría A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres,1998.
- 11.- Santos-Preciado J.I. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública México 2003; 45 (supl.1): 140-152

- 12.- Jacobo-Yamada D. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural.
Revista Medica del IMSS. México 2002; 40 (2):137-143
- 13.- Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Universidad Autónoma del Estado de México 2004; 39: 129-158
- 14.- Alatorre-Rico, et all., "El embarazo adolescente y la pobreza", en Mujeres pobres. Salud y trabajo. México 1998: 13-30.
- 15.- Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica México 2003; 139, (supl. 1): 23-28
- 16.- González-Garza C. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000 Salud Publica México 2005; 47: 209-218
- 17.- Zúñiga D. Tendencias Recientes del Embarazo Adolescente en México. Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB. 2000: 18–23
- 18.- Pérez-Palacios G. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?. Gaceta Med Mex 2003; 139, (supl. 4): 27-31
- 19.- Gans GE. ,McManus MA. , Newacheck PW. Adolescent health care: use, costs and problems of access. Chicago: America Medical Association Profiles of Adolescent Health 1991; 6: 9-21
- 20.- Millstein SG. A view of health from the adolescent's perspective. In: Millstein SG, Peterson AC, Nightingale EO, editors. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press 1993: 97-118
- 21.- Perea-Martínez A. Medicina para adolescentes: Razones, necesidades y propuestas para desarrollarla. Acta Pediatría México 2006; 27:213-222

- 22.- Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México, Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Gaceta Médica de México Julio-Agosto 2003 139 (supl. 1): 23-32
- 23.- Cegarra A. Características socioeconómicas familiares y psicosociales de la embarazada adolescente. Medicina Familiar Caracas Jul.-Dic. 2001; 9 (2):112-116
- 24.- Brindis C., et all. Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes. Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Serie de Advocates for Youth 2001; 4: 1-16
- 25.- Moya C. Los Hechos, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe. Advocates for Youth Abril de 2002: 43-52
- 26.- Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panama Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; 11(3): 192-205
- 27.- Conde-Altamirano V. Embarazo en la adolescencia. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Ministerio de Salud y Deportes. Tema oficial del Primer Congreso Paceño de Obstetricia y Ginecología Bolivia Octubre 2000: 10-16
- 28.- Ortigosa CE. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México, Sep. 2001; 69: 363-370
- 29.- Ortigosa CE. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes Embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México Junio 2001; 70: 28-34
- 30.- Vázquez-Márquez Á. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Facultad de Ciencias Médicas, filial de Bayamo, Gramma, Cuba. 17 de junio del 2001; 1-9

- 31.- Alberto VL. Conocimientos y practicas anticonceptivas en adolescentes y embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México Junio 2001; 69: 239-242
- 32.- Torres C. Las niñas Madres. Agenda Salud ISIS Internacional Santiago de Chile 1998; 9: 1-8
- 33.- Louro BI. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia México 2005, 20: 1-12
- 34.- Valdes-Dacal S. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Medicas Cuba 2002; 28 (2) 1-7
- 35.- González-Rivera J.L. El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto “sucesos vitales” en la predisposición a la patología medica. Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Medicina Universidad de La laguna. Tenerife. Canarias 1989; 10: 20-27
- 36.- Díaz C. Acontecimientos vitales estresantes: relación con las enfermedades físicas en la infancia y adolescencia. Centro de salud de Psiquiatría Rafael Alberti Madrid 2000; 21 (2): 75-80
- 37.- Cueva-Arana V., et all. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Medica IMSS 2005; 43 (3): 267-271
- 38.- González-Rivera J.L., Morera-Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe Psiquis 1983 4 (1): 7-11
- 39.- Sandin B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales Correspondencia. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid 2003; 3 (1): 141-157

- 40.- Ávila-Chávez M. Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos de vida para adolescentes en estudiantes Mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología Universidad Veracruzana Xalapa México 2006; 11 (1): 97-113
- 41.- Cuevas-Arana V. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Revista Medica IMSS 2005; 43 (3): 267-271
- 42.- Correón-Vázquez J. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos en Medicina Familiar. 2004; 6 (3): 70-73
- 43.- Núñez-Urquiza R., et all. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública de México 2003; 45 (supl.1): 92-102
- 44.- Hernández M. Factores de riesgo psicológicos y socioeconómicos de las embarazadas adolescentes. Ambulatorio Ejido Mérida Venezuela. Revista de Facultad de Medicina Universidad de los Andes Venezuela 1997; 6 (1) 56-60

ANEXOS: I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha

Cosamaloapan Ver.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Embarazo en la adolescente y grado de crisis familiar adscriptas en HGZ/ UMF No 35

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Conocer el grado de crisis familiar de la familia de origen de la embarazada adolescente de los 10 a los 19 años de edad

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder a la encuesta de manera simple sin especificar datos personales de no desearlo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable: Dr. Francisco Javier Carrasco Arreola. R-2 MF. Mat.: 11287624

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos _____

ANEXO: II

Nombre del paciente: _____
Afiliación: _____
Consultorio: _____ **Turno:** _____
Edad de la paciente: _____ **Semanas de gestación:** _____
Estado civil: _____ **Ocupación:** _____
Escolaridad: _____ **Religión:** _____
Nivel socioeconómico: _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____
Fecha de realización del cuestionario: _____

ESCALA DE HOLMES Y RAHE:

EVENTO:	PUNTAJE:
01 Muerte del cónyuge.	100
02 Divorcio.	100
03 Separación matrimonial.	73
04 Causas penales.	63
05 Muerte de un familiar cercano.	63
06 Lesión o enfermedad personal.	53
07 Matrimonio.	50
08 Pérdida de empleo.	47
09 Reconciliación matrimonial.	45
10 Jubilación.	45
11 Cambios en la salud familiar.	44
12 Embarazo.	40
13 Problemas sexuales.	39
14 Nacimiento de un hijo.	39
15 Reajuste de negocios.	39
16 Cambios en el estado financiero.	38
17 Muerte de un amigo muy querido.	37
18 Cambio a línea diferente de trabajo.	36
19 Cambio en el número de discusiones de pareja.	35
20 Hipoteca mayor.	31

21 Juicio por hipoteca o préstamo.	30
22 Cambio de responsabilidad en el trabajo.	29
23 Uno de los hijos abandona el hogar.	29
24 Dificultades con parientes políticos.	29
25 Logro personal notable.	28
26 La esposa comienza o deja de trabajar.	26
27 Inicia o termina el ciclo escolar.	26
28 Cambio en las condiciones de vida.	25
29 Revisión de hábitos personales.	24
30 Problemas con el jefe.	23
31 Cambio en el horario o condiciones de trabajo.	20
32 Cambio de residencia.	20
33 Cambio de escuela.	20
34 Cambio de recreación.	19
35 Cambio de actividades religiosas.	19
36 Cambio de actividades sociales.	18
37 Hipoteca o préstamo menor.	17
38 Cambios en los hábitos del sueño.	16
39 Cambio en el número de reuniones familiares.	15
40 Cambio en los hábitos alimentarios.	15
41 Vacaciones.	13
42 Navidad.	12
43 Violaciones menores a la ley.	11
TOTAL:	211

O-149: No existen problemas importantes.
150-199: Crisis leve.
200-299: Crisis moderada.
300: Crisis grave.