



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”

TESIS

FACTORES DESENCADENANTES DE ESTRÉS EN EL ADOLESCENTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO PINEDA MATUS

MÉXICO D.F.

REGISTRO: 104-2010

AGOSTO 2010



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.

**FACTORES DE DESENCADENANTES DE ESTRÉS EN EL ADOLESCENTE
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MARIO ALBERTO PINEDA MATUS**

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARÍA TERESA HERNÁNDEZ CUEVAS
DIRECTORA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E, MÉXICO, D.F.**

**DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”
I.S.S.S.T.E, MÉXICO, D.F.**

**DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
ASESOR DE TESIS
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”**

**DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E, MÉXICO, D.F.**

**LIC.GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE**

**FACTORES DE DESENCADENANTES DE ESTRÉS EN EL ADOLESCENTE
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO PINEDA MATUS

AUTORIZACIONES:

**FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

DEDICATORIA

A mi madre que a pesar de que ya no está conmigo sé que me apoya desde donde este

A mis hijas Xymenna y Valeria mis dos pequeñitas, que por el gran amor que les tengo les dedico este trabajo

A mis hermanas Mayra y Vanessa, que siempre me han apoyado en todo momento y siempre han confiado en mí como hermano y como médico

A mi padre que me dio las bases para realizarme como profesionalista y depender sólo de mí

AGRADECIMIENTOS

Se agradece de antemano a las autoridades y profesores de la Escuela Nacional Preparatoria No 3 por las facilidades para la realización de este estudio de investigación.

Mi agradecimiento al doctor Luis Beltrán por su apoyo para la realización del estudio de investigación.

A mi asesora de tesis y tutora del curso que tuvo la paciencia para guiarme en el camino para ser un médico de familia.

A mis maestros médicos que siempre me hacían ver mis errores y me alentaban a hacer mejor mi trabajo.

A mi tía Manuela y mi primo Ricardo que sin su apoyo no hubiera podido realizar este trabajo.

A mis compañeras que estuvimos juntos en las buenas y en las malas durante estos tres años.

Un agradecimiento en especial a mi compañera Erika Gabriela por estar apoyándome en la elaboración de este trabajo.

RESUMEN ESTRUCTURADO

FACTORES DESENCADENANTES DE ESTRÉS EN EL ADOLESCENTE

OBJETIVO GENERAL: Identificar los factores desencadenantes de estrés en el adolescente

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal

MATERIAL Y METODO: Población constituida por adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria No 3 perteneciente a la Delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México durante los meses de enero-abril del 2010, con una población de 300 Adolescentes. Siendo una muestra no aleatoria debido a que se tomo en cuenta a todos los alumnos de quinto y sexto semestre, siendo un total de 300 alumnos con edades entre 16 y 18 años

RESULTADOS: Se trabajó con 181 adolescentes del sexo masculino (62.6%) y 108 adolescentes del sexo femenino (37.4%), de los cuales 180 cursan el quinto semestre de preparatoria con un (62.3%) y 109 cursan el sexto semestre (37.7%). En 219 (75.8%) la principal causa de estrés en los adolescentes es el ambiente escolar, las tareas o las calificaciones y 53 (18.3%) se divide en varias causas, predominando los problemas familiares, incluyendo la separación de los padres, abandono o la muerte de alguno de ellos, así como los problemas económicos.

CONCLUSIONES: Este trabajo cumplió con los objetivos planteados: se identificaron los principales factores desencadenantes de estrés en los adolescentes. Se encontraron algunos resultados importantes, no contemplados en el trabajo. Este trabajo se aplicó sólo en el turno vespertino. Algunos consideran muy completo el cuestionario en cuanto a los temas que se abordaban, otros expresaron que fue "largo y tedioso". Es importante como médico, el poder detectar a los adolescentes que cursan con estrés, no debemos olvidar que dentro de las tareas a cumplir en la adolescencia se encuentran la identidad de género y el proyecto de vida, si el adolescente no es orientado, estas tareas pueden llegar a cumplirse erróneamente. El instrumento que se utilizó fue útil, para este trabajo, sin embargo, se reconoce que cada instrumento utilizado debe contar con características ya establecidas, así como la existencia de instrumentos alternativos, por lo tanto queda mucho por hacer.

Palabras clave: factores desencadenantes, estrés, adolescentes, estilo de vida

INDICE

II	Autorizaciones	II
III	Autorizaciones	III
IV	Dedicatoria	IV
V	Agradecimiento	V
VI	Resumen estructurado	VI
VII	Structured Abstract	VII
VIII	Contenido	VIII
1	Marco teórico	1
1.1	Antecedentes del tema y del problema	1
1.1.1	Estrés	6
	¿Qué es el estrés?	6
1.1.2	Fisiología del estrés	8
1.1.3	La adolescencia	12
	Fisiología de la pubertad	13
1.1.4	Definición de familia	16
	Roles de la familia	16
1.1.5	Estilo de vida , ambiente y estrés	19
1.1.6	Escuela y estrés	20
1.1.7	Relaciones interpersonales y estrés	23
1.1.8	Personalidad y estrés	24
1.1.9	Sexualidad y estrés	27
1.1.10	Fuentes familiares de estrés	31
1.1.11	Repercusión social en el adolescente	36
1.1.12	El médico de primer nivel	38
1.1.13	Patologías por estrés y como se manifiestan como motivos habituales de consulta en la adolescencia	43
	Respuestas neuroendocrinas al estrés	43
	Cambios en situaciones de estrés agudo y crónico	46
	Patologías asociadas el estrés	48
	Clasificación	50
	Estrés y sistema inmune	51
	Trastornos nutricionales	52
	Anorexia nerviosa	52
	Bulimia nerviosa	53
	Obesidad	53
	Alteraciones gastrointestinales	54
	Enfermedad ulcerosa péptica	54
	Enfermedad intestinal inflamatoria	55
	Constipación crónica	55
	Trastornos menstruales	56
	Dismenorrea	56
	Dismenorrea primaria	57
	Dismenorrea secundaria	57
	Síndrome de tensión pre menstrual	58

	Cefalea	58
	Cefalea aguda	59
	Cefalea crónica recurrente	59
	Migraña	59
	Cefalea de tipo tensional	60
	Mareos	61
	Trastornos del sueño	62
	Tipos de alteraciones	63
	Depresión : unipolar y bipolar	64
	Suicidio y conducta suicida	66
	Ansiedad escolar y trastornos relacionados	68
	Bajo rendimiento y trastornos del aprendizaje	70
1.2	Planteamiento del problema	72
1.3	Justificación	73
1.4	Objetivos: general y específicos	75
2	Material y métodos	76
2.1	Tipo de estudio	76
2.2	Diseño de investigación del estudio	76
2.3	Población, lugar y tiempo	76
2.4	Muestra	76
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	77
2.6	Variables	78
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	79
2.8	Diseño estadístico	81
2.9	Instrumento de recolección de datos	82
2.10	Método de recolección de los datos	82
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	82
2.12	Prueba piloto	83
2.13	Procedimiento estadístico	84
2.13.1	Diseño y construcción de la base de datos	84
2.13	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	84
2.14	Consideraciones éticas	85
	Ley general de salud	85
	Ley de Helsinki	86
	Consentimiento de participación voluntaria	87
	Aceptación de protocolo de investigación por parte del comité de ética	87
3	Resultados	88
4	Discusión	110
5	Conclusiones	118
6	Bibliografía	120
7	Anexos	128
	Anexo 1	128
	Anexo 2	139

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

La adolescencia forma parte del proceso evolutivo normal que tienen que pasar niños y niñas para convertirse en personas adultas. La transición de la infancia a la época adulta no tiene por qué ser uniforme y sincronizada en todos sus aspectos biológicos, intelectuales, emocionales y sociales. Este proceso bio-psico-social va a ser dinámico, observándose el crecimiento y desarrollo tanto en el aspecto físico como en su capacidad intelectual; al no formar un grupo homogéneo, presentan gran variabilidad en su maduración. ⁽⁷⁸⁾

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano potencialmente estresante en la que inciden variaciones según la cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el género, demanda una determinada reorganización como resultado de nuevas interacciones sociales, en busca del establecimiento de una identidad psicosexual madura y funcional. En esta búsqueda, el motor es la exploración del ámbito extra familiar, donde el grupo familiar de procedencia dé importancia al grupo social. Este inter juego de relaciones genera encuentros estresantes que matizan el significado de la nueva reorganización psicosexual del adolescente. Esta reorganización demanda esfuerzos adicionales tanto del adolescente, como de quienes le rodean. En la adolescencia el grupo de amigos adquiere una importancia particular en lo que se refiere a la permanencia del grupo y a la aceptación social. En el nuevo sistema de relaciones interpersonales estas circunstancias demandan negociaciones y reajustes que potencializan el efecto estresante y hacen esta etapa de la vida un periodo de extrema vulnerabilidad emocional. ⁽⁷⁸⁾

Las interacciones entre los diferentes miembros de la familia producen frecuentemente estrés. Sin embargo el papel de la familia como fuente de estrés, por un lado puede provocar situaciones estresantes por la interacción entre sus miembros, pero también puede disminuir situaciones de estrés, al constituirse como un grupo importante de apoyo social, ya que se ha demostrado que “muchas de las

habilidades para enfrentar factores estresantes, afrontar la respuesta al estrés y explorar y experimentar nuevas situaciones vitales se reduce al pasar menos tiempo con la familia". Pueden desempeñar una doble función, es decir, no sólo como emisora de factores estresantes, sino de factores de apoyo social, cuya actuación a favor o en contra, determinará en gran medida la interpretación individual de los eventos como irrelevantes, positivos o estresantes. Alrededor del 80% de los adolescentes son "normales" en su proceso adolescente; de ellos el 30% van a tener una adolescencia "fácil", mientras que el 40% alternara periodos de estrés con otros de calma, y para el otro 30% será una época tumultuosa. Si hay que destacar algo específico de esta edad son las palabras riesgo y protección. ^(7, 9, 10, 32, 78)

Los factores de riesgo van unidos a la posibilidad de enfermar o morir, y pueden ser desencadenantes o moduladores del daño; hay que conocer la existencia de posibles alteraciones de vínculos familiares, los problemas escolares incluidos el abstencionismo, o la existencia de enfermedades psíquicas o mentales, entre otros. Las conductas de riesgo son actuaciones repetidas que pueden alterar el riesgo psicosocial y pueden tener repercusiones negativas para la vida actual o futura. Las situaciones de riesgo son aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social, entre las que vale la pena destacar, la permisividad en el uso de drogas, el culto excesivo a la imagen corporal o las exigencias en la práctica de algunos deportes. ⁽⁷⁸⁾

Los factores protectores de los adolescentes se consolidaran al favorecer el desarrollo de su autoestima, autonomía e integración social. Ayudara notablemente el hecho de poder tener información adecuada y oportuna sobre sexualidad, normas de prevención de accidentes, prevención de uso y abuso de tóxicos, entre otros. Distintas situaciones protegerán al adolescente en determinadas situaciones, como el hecho de acudir a los controles periódicos de salud, practicar algún deporte o la posibilidad de tener una educación o un trabajo digno. ^(32, 78)

La atención de la salud del adolescente debe estar enfocada con una orientación familiar. Los adolescentes no encajan dentro del patrón de atención de los niños, en

el que los padres tienen obviamente la responsabilidad principal. Representan una generación intermedia que aun está unida a la familia y es dependiente de ella, pero al mismo tiempo buscan independencia y se manejan con muchos derechos de los adultos respecto a la asistencia sanitaria. El médico debe ser capaz de encontrar un equilibrio entre el surgimiento de la independencia del adolescente, y la responsabilidad permanente de los padres. ⁽²¹⁾

El presente trabajo pretende identificar los factores desencadenantes de estrés en el adolescente, en respuesta a factores externos e internos que pueden perjudicar su estado de salud tanto física como mental. De los cuales son bien conocidos los efectos del estrés. Estos son:

1).-Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, mal humor, melancolía, baja autoestima, nerviosismo y soledad

2).-Efectos conductuales: peligro de accidentes, drogadicción, sobrealimentación, pérdida del apetito, excitabilidad, impulsividad, risa nerviosa, inquietud, y temblor

3).-Efectos cognitivos: indecisión, olvido, hipersensibilidad, rechazo a la crítica y bloqueo mental

4).-Efectos fisiológicos: elevación de las catecolaminas y corticoesteroides en sangre y en orina, elevación de la glucosa sanguínea, boca seca, exudación, pupilas dilatadas, “nudo” en la garganta, escalofrío

5).-Efectos organizacionales: ausentismo, baja productividad, accidentes de trabajo, rotación del personal o antagonismo e insatisfacción en el trabajo. Para ello es importante tener un panorama general de todos los acontecimientos durante la etapa de la adolescencia para poder detectar alguna anomalía durante su desarrollo. ⁽²¹⁾

La importancia por el estudio del estrés se ha incrementado notablemente y se ha expandido a múltiples sectores, tales como científico social; biológico y el público en

general. Diversos profesionales clínicos se han dedicado a formular enfoques y teorías psicológicas para ayudar a la comprensión del estrés, sus consecuencias nocivas en la salud, como prevenirlo, y las distintas formas de manejarlo, atenuarlo o aprender a vivir con él. Todo individuo para responder a las exigencias de la vida cotidiana requiere de una determinada cantidad de estrés. Este incremento de estrés es saludable, positivo y facilita la búsqueda de bienestar y realización personal. A este nivel se le denomina eustrés y fue definido por Selye como: una situación en la que la buena forma física y el bienestar mental facilita que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial. El estado de eustrés viene asociado con una gran claridad mental y unas facultades físicas máximas. Existe otro tipo de estrés habitual, que lejos de ser saludable, resulta nocivo para la salud y provoca sensación incomoda de malestar. En estos casos se habla de disestrés que es un tipo de estrés destructivo que puede generar angustia, dolor o ambos. El disestrés afecta negativamente tanto al organismo como a la mente, manifestando una disminución en los recursos que dispone todo individuo para su afrontamiento.

(40)

El estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios. En condiciones apropiadas, los cambios provocados por el estrés resultan muy convenientes, pues nos preparan de manera instantánea para responder oportunamente. Esto les lleva a reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino
- Disminución de la función renal
- Problemas del sueño
- Agotamiento
- Alteraciones del apetito

Existen diferentes técnicas para medir el estrés, tales como: medición de las variaciones de la frecuencia cardíaca, monitoreo de la presión sanguínea o de la frecuencia respiratoria, evaluación del gasto energético, registro estadístico de la fatiga y medición de los niveles sanguíneos de catecolaminas, así como a través de la cuantificación de otros neurotransmisores por espectrofotometría, fluorometría, cromatografía, radioisótopos o procedimientos enzimáticos. Pero existen otras técnicas de medición del estrés incluyen diversas encuestas y escalas tales como: la auditoria del estrés de Boston, el Inventario de estados de angustia de Spielberg Gorsuch y Lushene, el cuestionario LES de T.H. Holmes y R.H. Rahe, la valoración del estrés de Adam , la escala de estrés psicosocial de Gonzalez-Forteza y otros instrumentos similares que hacen posible la cuantificación del estrés. ^(9, 10, 25, 26)

1.1.1 ESTRÉS

¿QUE ES EL ESTRÉS?

El término "estrés" se utiliza para hacer referencia a dos sucesos: al síndrome de activación de la adrenalina en las glándulas suprarrenales (un complejo sistema de respuesta que el organismo da a través de las vías neuroendocrina e inmunológica) y/o a la percepción que tiene una persona de que la demanda del ambiente es superior a sus habilidades o recursos personales. Es decir ante un estímulo nocivo el organismo reaccionara presentando:

1).-Una reacción de alarma: que comprende una fase de choque en donde disminuyen las resistencias del cuerpo, aparece excitabilidad autónoma, descarga de adrenalina junto con un ritmo cardiaco creciente, disminución de la temperatura corporal y del tono muscular, anemia, acidez y aumento transitorio de la glucosa sanguínea seguida por un descenso transitorio de los leucocitos seguida de un aumento y ulceraciones gastrointestinales. En una segunda fase de contra-choque, empiezan a funcionar los mecanismos de defensa, existe un crecimiento y una hiperactividad suprarrenocortical.

2).-Etapa de resistencia: en esta aparentemente desaparecen los síntomas de reacción de alarma y el organismo continúa respondiendo de manera adaptativa ante los estímulos estresantes.

3).- Etapa de agotamiento: se suspenden las respuestas adaptativas y se puede dar la enfermedad y la muerte. ⁽¹³⁾

En 1930, un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecieran, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar enfermo". El estrés hace sentir a la persona frustrada o ansiosa y lo que es estresante para una

persona no necesariamente es para otra. El concepto de estrés fue desarrollado por Hans Selye en 1974 quien la definió como “la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante”. Consideró que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés en los órganos de choque y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente y son ocasionadas por el instinto que el cuerpo tiene de defenderse a sí mismo. Es lo que se siente cuando se reacciona a la presión ya sea del mundo exterior: colegio, trabajo, actividades después del colegio, familia y amigos o dentro de uno mismo: por ejemplo que nos vaya bien en el colegio, el ser aceptado por el grupo. ^(3, 7,12)

En México se han realizado estudios en jóvenes y adolescentes desde una perspectiva psicosocial, en los cuales se destaca la influencia de algunas variables socio demográfico como factores de riesgo para la presentación de respuestas al estrés. Las investigaciones se basan principalmente en la exploración del concepto de estrés por parte de los adolescentes que deriva en la creación de la escala de estrés psicosocial, además confirma que las áreas familiar, social, salud, personal y escolar presentan eventos tanto normativos como no normativos entre la población de 13 a 18 años. ^(7, 9, 10, 17, 18, 25, 26, 32)

1.1.2 Fisiología del estrés

Hoy día está aceptado que el sistema nervioso central (SNC) desempeña un papel clave en la integración de la respuesta a situaciones estresantes de cualquier naturaleza. En estas aparecen una amplia gama de cambios fisiológicos, cuyo posible valor adaptativo o cuyas implicaciones patológicas están en muchos casos por establecer. Sin embargo, sí existe un amplio acuerdo respecto a la importancia funcional y patológica de algunos sistemas fisiológicos que se consideran típicos del estrés: liberación de glucocorticoides y catecolaminas. Por otro lado, con independencia de su significado, el conocimiento de los cambios fisiológicos durante el estrés es importante porque pueden servir como marcadores biológicos de estrés, aspecto de gran importancia para valorar diferencias individuales en la respuesta al estrés o el nivel de estrés ocasionado por un estímulo estresante determinado. ^(8,24)

El término homeostasis hace referencia al conjunto de mecanismos que permiten a un organismo mantener dentro de límites estrechos determinadas variables fisiológicas que son críticas para la supervivencia (p. ej., presión arterial, niveles adecuados de glucosa en sangre, niveles plasmáticos de electrolitos como el sodio, temperatura corporal), a pesar de los retos que plantea la interacción con el ambiente (deshidratación, hemorragias, infecciones). Existe un amplio acuerdo en clasificar a los estímulos estresantes en dos grandes grupos: sistémicos (también denominados físicos) y emocionales (también denominados psicológicos o procesativos). Los estímulos sistémicos causan efectos directos sobre el organismo, alterando el equilibrio homeostático, mientras que los emocionales no suelen causar alteraciones en el equilibrio homeostático, aunque existe una cierta posibilidad de que ello ocurra. En cualquier caso, se habrá puesto en marcha una respuesta fisiológica típica de una situación estresante, antes de que hayan ocurrido alteraciones reales importantes en el equilibrio homeostático. Algunos autores consideran que la respuesta biológica al estrés se desarrolló en realidad para estímulos sistémicos capaces de alterar el equilibrio homeostático (en concreto, para estímulos de tipo inmunológico) y

posteriormente, a lo largo del proceso evolutivo, se estableció en el SNC la conexión entre situaciones emocionales y la respuesta típica de estrés, quizá porque en la naturaleza las situaciones que tienen un componente emocional pueden representar un riesgo de daño físico. Esta respuesta fisiológica al estrés emocional constituiría, por lo tanto, una respuesta preventiva, anticipada a lo que pudiera ocurrir. ^(8,24)

Las respuestas fisiológicas más típicas de estrés son la liberación de catecolaminas y glucocorticoides. Las catecolaminas se liberan a la circulación procedente de las terminaciones del sistema nervioso simpático y de la médula adrenal, y en situaciones de estrés sus niveles circulantes se pueden incrementar notablemente como consecuencia de la activación del sistema nervioso simpático (SNS). El SNS consta de neuronas pre ganglionares, con cuerpos celulares situados en distintas regiones de la médula espinal, cuyos axones hacen sinapsis con neuronas pos ganglionares (situado en los ganglios del SNS). Los axones de estas neuronas pos ganglionares inervan muchos órganos y ejercen un papel fisiológico de gran relevancia. La mayoría de las neuronas pos ganglionares del SNS utilizan noradrenalina como neurotransmisor y liberan localmente noradrenalina, una parte de la cual escapa del tejido y pasa a la sangre (las neuronas que inervan las glándulas sudoríparas son una excepción y utilizan acetilcolina). Las células de la médula adrenal son en realidad neuronas pos ganglionares modificadas y transformadas en células endocrinas, que liberan catecolaminas a la circulación (fundamentalmente adrenalina). Las situaciones de estrés son capaces de activar el simpático y liberar catecolaminas mediante señales nerviosas procedentes de niveles superiores del SNC (sistema límbico, hipotálamo y tronco del encéfalo). Aunque el estrés se asocia a activación del SNS, también da lugar a activación de algunas funciones controladas por la otra rama del sistema nervioso vegetativo: el sistema nervioso parasimpático. Los efectos fisiológicos de la activación simpática se traducen en la liberación a la circulación de glucosa procedente del glucógeno acumulado en las células hepáticas (glucogenólisis) y de ácidos grasos procedentes de la hidrólisis de los triglicéridos (grasas) del tejido adiposo (lipólisis). Como resultado, la elevación de los niveles en sangre de glucosa y ácidos grasos libres son

respuestas características de estrés. La activación simpática de las glándulas sudoríparas incrementa la conductividad de la piel, una variable que también suele medirse en situaciones de estrés, en el sistema cardiovascular, se incrementa la frecuencia e intensidad de contracción del corazón (con el aumento consiguiente en el gasto cardiaco) e induce vasoconstricción en muchas regiones del cuerpo (aunque no en los músculos). El aumento del gasto cardiaco y la vasoconstricción contribuye a incrementar la presión arterial diastólica y sistólica. ^(8,24)

Los glucocorticoides son las hormonas sintetizadas en la corteza adrenal (cortisol). La secreción de glucocorticoides está bajo el control de la adrenocorticotropina (ACTH), hormona de la hipófisis anterior. La secreción de ACTH está controlada por factores estimuladores que se sintetizan en neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo (PVN) y viajan por los axones de dichas neuronas hasta el sistema portal-hipofisario de la eminencia media. Cuando las neuronas del PVN son estimuladas, se liberan estos factores al sistema portal y son conducidos a la adenohipófisis, donde estimulan rápidamente la síntesis y liberación de ACTH. Aunque existen diferentes factores que pueden contribuir a la estimulación de la secreción de ACTH, la corticoliberina (*corticotropin-releasing factor*, CRF) es el más importante, seguido de la vasopresina. La ACTH, una vez liberada a la circulación, actúa sobre la corteza adrenal induciendo la síntesis y liberación de glucocorticoides. Durante los 5 primeros minutos de la exposición al estrés, ya puede observarse un incremento significativo, aunque el máximo se alcanza a partir de los 15-20 minutos. Al eje neuroendocrino que regula la secreción de glucocorticoides se le denomina hipotalámico-hipofisario-adrenal (HFA). Los glucocorticoides liberados durante el estrés ejercen diversas funciones fisiológicas, una de ellas es importante para la propia regulación del eje HFA: los glucocorticoides liberados durante el estrés frenan la activación del eje HFA mediante mecanismos de retro inhibición en la hipófisis, el PVN y otras zonas del SNC. Se considera que existen dos mecanismos de retro inhibición: la retro inhibición rápida está mediada por receptores de glucocorticoides aún no caracterizados, mientras que la lenta lo está por receptores clásicos de esteroides, de acción genómica. Existen dos tipos de receptores genómicos para los

glucocorticoides: el tipo 1 o mineral corticoide, y el tipo 2 o glucocorticoide. El cortisol tiene más afinidad por el tipo 2 que por el tipo 1, mientras que ocurre lo contrario con la corticosterona. En cualquier caso, los de tipo 2 son probablemente los más relevantes en situaciones de estrés y se hallan en casi todos los tejidos del organismo, y de forma generalizada en el SNC. Los glucocorticoides ejercen multitud de efectos fisiológicos, muchos de ellos permisivos, lo que significa que basta la presencia de un nivel mínimo de glucocorticoides para que la función se desarrolle con normalidad. El papel permisivo de los glucocorticoides es menos importante en situaciones de estrés, en las que cabe esperar que los efectos fisiológicos más relevantes dependan de una elevación notable de los niveles de glucocorticoides.
(8,24)

En estas condiciones, los efectos fisiológicos más importantes de los glucocorticoides son:

- a) formación de glucosa a expensas de aminoácidos (gluconeogénesis);
- b) potenciación de algunos efectos de las catecolaminas (vasoconstricción, movilización de grasas);
- c) incremento de la resistencia periférica a la insulina, y
- d) efectos antiinflamatorios e inmunosupresores.

Es posible que el incremento en la presión arterial junto con la activación de sistemas hormonales que tienen acción vasoconstrictora van a favorecer la retención de sodio (sistema renina-angiotensina-aldosterona) sea un mecanismo anticipado frente a la posibilidad de sufrir heridas y hemorragias. Más difícil es explicar el papel antiinflamatorio e inmunosupresor de los glucocorticoides en situaciones de estrés.
(8,24)

1.1.3 LA ADOLESCENCIA

Etapa de cambios físicos, cognoscitivos y emocionales que constituye el crecimiento de la niñez a la edad adulta. El protagonista vive un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios internos y externos (por ejemplo endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales, etc.) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. ^(15, 51) El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad, los principales cambios psicológicos propios de esta etapa son cuatro:

1. Aumento de la agresividad
2. Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto
3. Intensificación de la imaginación y la fantasía
4. Intensificación del impulso erótico

Es esencial que en adolescencia se contemplen especialmente:

La edad cronológica, el tiempo de desarrollo y las necesidades de cada adolescente.
^(15, 51, 88, 90, 91)

Edad cronológica:

Academia Americana de Pediatria	Adolescencia Temprana:	Niñas 10 a 13 años Niños 12 a 14 años
	Adolescencia Media:	Mujeres 13 a 16 años Varones 14 a 17 años
	Adolescencia Tardía:	Ambos Sexos 18 a 19
	Adultos jóvenes:	20 años y más
Colegio Americano de Médicos		Adolescencia 12 a 24 años
Academia Americana de Médicos de Familia		13 a 18 años
Centro de Control y Prevención de		10 a 19 años 12 a 19 años
Enfermedades y sus		13 a 19 años

Diferentes Secciones	
Organización Mundial de la Salud	10 a 24 años
Sociedad de medicina del adolescente	10 a 26 años
Sociedad Argentina de Pediatría	10-20 años

Para fines de este trabajo se toma en cuenta la clasificación de la Sociedad Americana de Pediatría.

En la adolescencia las pandillas y los líderes influyen notablemente en la consolidación de la propia identidad personal de este periodo. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación, se producen en el adolescente sentimientos de integración o de marginación. La primera juventud es un período crítico de la relación social, ya que para él se pasa a un nivel más diferenciado, donde el amor y la amistad, la solidaridad y el aislamiento se manifiestan según el grado de madurez alcanzado. En este periodo se busca la relación íntima con la pareja, con la que se busca la propia identidad, y se desarrolla la capacidad de amar.

(91)

Fisiología de la pubertad:

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas. En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) y por lo tanto las gonadotrofinas hipofisarias (FSH y LH) están inhibidas por la alta sensibilidad del gonadostato (zona del hipotálamo productora de GnRH) siendo suficientes niveles muy bajos de esteroides gonadales para frenar la producción de hormona liberadora de la hormona del crecimiento. Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en temprana, media y tardía. ⁽¹⁵⁾

Adolescencia temprana

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad para poder entender un lenguaje común entre los profesionales. ^(15, 62)

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en el se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de manera “exploratoria”, los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares su capacidad del pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento y su orientación es existencialista, narcisista y son egoístas. ^(15, 62)

Adolescencia media

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante periodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones. Tiene una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbi-mortalidad (alcohol, drogas, tabaco, embarazo,

etc.) De este periodo de la vida y que puede detener parte de las patologías posteriores en la época adulta. La lucha por la emancipación y adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer “solitarios” se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, pero fundamentalmente por el fin narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro sexo. ^(15, 62)

Adolescencia tardía

El crecimiento ha terminado y son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido. Es una fase estable que puede estar alterada por la “crisis de los 21”, cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Esto parece estar retrasándose cada vez más y podríamos hablar de crisis de los 30 o 35. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos a futuro. ⁽¹⁵⁾

Los adolescentes igual que los adultos, pueden experimentar estrés todos los días y se pueden beneficiar de aprender destrezas para manejarla. La mayoría de ellos lo experimentan cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y no tiene los recursos para enfrentarla o abordarla. El género influye significativamente sobre las tres dimensiones que evalúa la escala de síntomas de estrés: el déficit cognitivo, el nerviosismo y la sintomatología física. El grupo de adolescentes mujeres presenta mayor sintomatología que los varones. ^(2, 4, 17, 18, 79)

1.1.4 DEFINICIÓN DE FAMILIA

El término “familia” ha sido definido en múltiples formas, aun desde la idea central de un grupo formado por el hombre-mujer-niño, otorgándole a este grupo la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, darles soporte físico y emocional, para posteriormente integrarlos a la misma en la que interactúa. ⁽⁸⁰⁾

ROLES EN LA FAMILIA

Un rol familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que están involucrados otras personas u objetos, es la conducta esperada de un individuo al interactuar con otros miembros de la sociedad. Estos tienen mucho que ver con el género, o la estratificación y además han cambiado conforme va cambiando la sociedad. El rol es un patrón de conducta que caracteriza a la persona y que se espera de ella, la cual ocupa cierta posición en su grupo y en determinado contexto. Los roles son estructuras impuestas a la conducta, son las funciones que un miembro del grupo cumple o no en el rango que tiene. Cada rol es a su vez un sistema social que incluye derechos y obligaciones. ^(74, 75, 77, 80)

En la familia existen diferentes roles familiares que los otorga la posición en la que se encuentran los diferentes individuos, como por ejemplo, el rol de padre, esposo, hijo, etc. Los países más industrializados del mundo, en apariencia hay pocas líneas de demarcación entre las ocupaciones de hombres y mujeres. A diferencia de las sociedades menos industrializadas en las que los hombres tienen roles más visibles y reconocidos, que los que desempeñan las mujeres. A diferencia del hombre el rol de la mujer en la mayoría de las sociedades caen dentro de tres categorías: productivos (relacionado con la producción de bienes de consumo o el ingreso mediante trabajo dentro o fuera del hogar), reproductivos (relacionados con las tareas domésticas o caseras vinculadas con la procreación y el sustento de los hijos y la familia) y gestión de la comunidad (relacionado con las tareas realizadas y

responsabilidades asumidas en beneficio de la comunidad), es por eso que se menciona que la mujer desempeña un rol triple. ^(74, 75, 76)

Los roles dentro de la familia los han catalogado como funcionales (el de proveedor, el de ama de casa, el de estudiante, etc.) y disfuncionales o idiosincráticos, que reflejan patología individual y familiar (el de chivo expiatorio, el de mártir, el de tonto). Por lo tanto la familia debe tener y poseer los recursos necesarios para evitar el pánico en una situación de crisis de tensión familiar. ⁽⁸⁰⁾

Es necesario considerar que la salud familiar es un concepto que necesariamente deberá de tomar en cuenta los aspectos básicos del estudio de la misma como son: funciones de la familia, el ciclo de vida familiar y la dinámica familiar.

Es más aceptado y practico referirnos a la dinámica familiar como “funcional” o “disfuncional” y considerar algunos principios ideales del funcionamiento familiar, a través de evaluar los elementos que forman parte de la dinámica familiar. ^(43, 80, 81, 82, 83)

Por dinámica familiar podemos entender al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones. Son todas aquellas situaciones empíricas manifestadas dentro del núcleo de personas denominado familia y comprende los aspectos suscitados en el interior de la familia en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resoluciones de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros. ^(43, 80, 81, 82, 83)

El desarrollo de la autonomía y de la identidad personal de cada uno de los adolescentes debe ser favorecido en todos los miembros de la familia. Deben existir expresiones de cariño, y afecto, no posesivo entre padres, hijos y hermanos. Debe existir una comunicación en forma honesta y clara. La familia debe ser lo

suficientemente abierta como para permitir el involucramiento con otras personas, como miembros externos a la familia y amigos. ^(43, 80, 81, 82, 83)

Limites: son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás, en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar una diferenciación y su clara definición es fundamental. En ocasiones los limites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable y no sale de su entorno familiar; en otras, los limites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia. ^(39, 42)

1.1.5 ESTILO DE VIDA, AMBIENTE Y ESTRÉS

Numerosos autores han estudiado la relación entre el estrés, la ansiedad, la disfunción familiar y las enfermedades psicosomáticas. Los procesos de salud-enfermedad, también corresponden con la época histórica y con el ambiente social que les rodea. Ellos van a determinar el modo de producción de las enfermedades en la sociedad. El ambiente social va a estar formado por las condiciones económicas, de vivienda, de alimentación, laborales, de instrucción, etc., y lo que es más importante, por el tipo de estructura y funcionalidad familiar existente. ^(44, 52, 59)

Hay diversos recursos de afrontamiento como recursos internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas los acontecimientos o situaciones potencialmente estresantes como: Físicos o biológicos. Que incluye a todos los elementos del ambiente y recursos orgánicos del sujeto. Como nutrición adecuada, clima, estructura de la vivienda, padecimientos inmunológicos entre otros. Psicológicos o psicosociales: capacidad intelectual de la persona el nivel de dependencia o autonomía, creencias valores y habilidades en la solución de problemas en el trabajo, familiares y sociales que repercuten en las funciones básicas del organismo alterando su equilibrio, traduciéndose en enfermedades agudas. Y se puede manifestar de distintas maneras que pueden llegar incluso a confundirse con trastornos somatomorfos. Recursos sociales: apoyo social, es decir la red de relaciones que los sujetos establecen. ^(44, 52, 59)

Es preciso señalar que el estrés es un padecimiento relativamente reciente y relacionado con las condiciones actuales de vida en las sociedades “modernas”, que hace referencia a determinadas exigencias y presiones de la vida cotidiana en las que este padecimiento adquiere significado y sentido. ^(52, 60)

1.1.6 ESCUELA Y ESTRÉS

Es obvio que en la escuela se lleva a cabo la educación y el desempeño académico, pero también el contacto social, la negación de relaciones sexuales y auto supervisión de la conducta y es un componente importante en la vida del adolescente. Días antes de una prueba, el día en que esta se lleva a cabo y los que le siguen, el adolescente presenta intensa preocupación y altos niveles de ansiedad. A veces la ansiedad se torna debilitante, de modo que dificulta el rendimiento. Las situaciones sociales también están cargadas de preocupaciones e inquietudes. Paradójicamente, como el adolescente presenta estos niveles tan altos de tensión ante el trabajo escolar y las situaciones sociales, suele evitar estas situaciones o las demora. ^(52, 67)

Si los maestros están sobrecargados de trabajo, han perdido interés por la docencia o lo que caracteriza al conjunto de los estudiantes es la indiferencia por aprender, será difícil que un adolescente haga otra cosa que adoptar el nivel de rendimiento que se espera de él. Es así como los estudiantes pueden padecer de estrés a lo largo del año académico, desde el ingreso mismo que marca la adaptación, las relaciones entre sí y con sus educadores, el proceso de tareas, las evaluaciones, el cansancio cognitivo, la frecuente indisciplina, el incremento de la violencia en la escuela, el afán por culminar un ciclo académico, entre otros factores. ^(52, 67)

Así, el estrés escolar no se produce por el cumplimiento y la adquisición de responsabilidades en el interior de la institución, sino por la no aceptación de las tareas y trabajos asignados que generan expectativas alrededor de tales situaciones, lo cual conlleva al enfrentamiento y la lucha por alcanzar metas o logros que los jóvenes se proponen a corto, mediano y largo plazo. Por otro lado dadas las circunstancias del momento y la presencia de incapacidad ante la resolución de un conflicto escolar, en los estudiantes aparece una respuesta emocional representada en el "mal genio" y en la inconformidad por el estudio y hacia el estudio. La vinculación de la escuela y la familia cobran importancia en la medida en que se

oriente a los padres de familia en las estrategias de comunicación y diálogo con los hijos. Otra realidad educativa que se presenta en los estudiantes con estrés escolar es la falta de apropiación de los contenidos vistos en clase, lo que genera inconformidad y nerviosismo debido a la poca comprensión a lo largo de las clases durante el día. ^(52, 67)

Los resultados de una encuesta realizada en 2009, el 28% de los adolescentes ha confesado la intranquilidad que siente la mayor parte del tiempo que están en el colegio, su falta de concentración, angustia, nervios y sudores sin ser conscientes del motivo. Y es que el daño psicológico es la forma de acoso más habitual, que no deja marcas físicas pero sí debilita de forma acusada la autoestima. España es el segundo país después de Portugal con mayor índice de fracaso escolar. En donde se explica que la violencia escolar va en incremento en función de la edad. Y es que la edad es uno de los factores que los expertos consideran más importantes a la hora de estudiar la violencia escolar por su incidencia en el desarrollo de esquemas mentales que más tarde se emplearán para desenvolverse en la sociedad. ^(59, 67)

Como causas y consecuencias del acoso escolar (bullying) se incluyen:

Personales: Un niño que actúa de manera agresiva sufre intimidaciones o algún tipo de abuso en la escuela o en la familia. Adquiere esta conducta cuando es frecuentemente humillado por los adultos.

Familiares: El niño puede tener actitudes agresivas como una forma de expresar su sentir ante un entorno familiar poco afectivo, donde existen situaciones de ausencia de algún padre, divorcio, violencia, abuso o humillación ejercida por los padres y hermanos mayores. Todas estas situaciones pueden generar un comportamiento agresivo en los niños y llevarles a la violencia cuando sean adolescentes.

En la escuela: Cuanto más grande es la escuela hay mayor riesgo de que haya acoso escolar, sobre todo si a este factor se le suma la falta de control físico, vigilancia y respeto; humillación, amenazas o la exclusión entre personal docente y

alumnos. En la escuela de valores de los pares carece de importancia, asistir a la escuela o tener éxito en ella, el adolescente puede adoptar estos valores como propios con el fin de ganar la aceptación o evitar el rechazo de los pares. (45, 46, 47, 48, 49, 50, 67)

Los adolescentes se sienten inseguros de su capacidad para las relaciones sociales, necesitan desarrollar habilidad para sentirse aceptados y establecer contactos que les permitan establecer vínculos afectivos y de amistad, para conseguir una buena autoestima y potenciar experiencias sociales que favorecen la madurez social y emocional. (4, 5, 67)

1.1.7 RELACIONES INTERPERSONALES Y ESTRÉS

Algunos estudios refieren que la vida tiene factores de estrés en la etapa de mayor fragilidad de la personalidad como lo es la adolescencia. Algunos jóvenes saben encajar bien la llegada del estrés y se sobreponen con facilidad; otros se sienten incapaces de superar estas situaciones, manifestando una serie de conductas desproporcionadas. Se ha identificado que algunas variables de la identidad familiar puede ocasionar estrés entre sus miembros: la comunicación, la discapacidad, muerte o enfermedad de alguno de los miembros, conductas de los conyugues o hijos tales como divorcio, bajo rendimiento escolar, dificultades económicas, la alteración de la cohesión familiar por la separación de sus miembros por motivos de estudio y trabajo, la dispersión, el amor libre entre las cuales se ocasionan cambios importantes del diseño familiar que propician estrés. ^(7, 38, 52, 63)

La buena comunicación es la base fundamental de la convivencia. A pesar de que el estrés caracteriza muchas veces la vida cotidiana, siempre debe buscarse los momentos del día adecuados para interesarse por las cosas y los problemas de los hijos, manteniendo conversaciones afectuosas con ellos, debatiendo y comentando temas de interes común o personal. Con ello se pretende animarles a que expresen ideas, aunque sean muy diferentes a las que pueden tener los padres, pero es importante que a esta edad se comuniquen y se sientan arropados por la ayuda afectiva. La familia no es el único círculo social del joven, se debe rescatar la importancia del grupo de iguales. Sus amigos influyen no solo en la forma como se viste y arregla su cabello sino también en sus actividades sociales, comportamientos sexuales, consecución o no del logro académico y las aspiraciones vocacionales, que los alumnos aprendan a valorar sus éxitos personales, expresando con espontaneidad. La satisfacción por sí misma y por lo que se consigue aumenta la autoestima. Cuando se expresan estos sentimientos de valía personal, de logro de objetivos, el adolescente se puede sentir más seguro de sí mismo y más autoconfiado, ello favorece el establecimiento de relaciones interpersonales con compañeros y amigos con una mayor facilidad. ^(23,38, 52, 76, 77)

1.1.8 PERSONALIDAD Y ESTRÉS

En su teoría de las etapas psicosociales del desarrollo de la personalidad, Erik Erikson (1902-1994) consideraba la integración de la personalidad como la etapa última del desarrollo, y concebía el proceso de formar una identidad personal como una etapa intermedia, propia de la adolescencia, y de vía para la realización de ella. Para él, la personalidad del individuo nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural. Para Erikson, la vida gira en torno a la persona y el medio. Así, cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las otras etapas. Establece ocho etapas o estados en el desarrollo psicosocial de una persona de las cuales las que interesan para fines del trabajo son: la etapa V y la VI

En la etapa V. Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad

Junto con la pubertad el adolescente experimentará una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores, llevando al yo a establecer una nueva síntesis de sí mismo con un renovado sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando los aspectos antes disociados. Los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio, asimilación de la experiencia con un aprovechamiento adecuado de los aspectos del intercambio interpersonal y de la sensibilidad (experiencia emocional).
- La Seguridad en Sí Mismo, sentimiento de la propia confiabilidad, sentido de la adecuación y organización de la vida personal.

La Experimentación con el Rol, énfasis en la acción; el enfrentamiento de situaciones diversas; y ejercicio de anticipación de metas.

- El Aprendizaje, significa principalmente interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.

- Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

El Patrón de Conducta Tipo A ha sido definido como un componente acción-reacción integrado por: A) componentes formales como: habla rápida, tensión en la musculatura facial y excesiva actividad psicomotora, B) actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad, C) aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad y ambición, D) conductas abiertas o manifiestas: urgencias de tiempo, implicación en el trabajo, y E) aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo de atribución característica. Es considerado como una norma de afrontamiento relativamente estable, que conlleva una mayor vulnerabilidad al estrés y una exposición continuada a las situaciones que lo desencadenan. (38, 52, 59, 68)

La relación positiva entre la excesiva preocupación por la competencia y patrón de conducta indica que las respuestas a estas exigencias de logro pueden ser mal adaptativas a causa de habilidades de enfrentamiento inadecuadas, producto de la falta de apoyo a la actividad. Los adolescentes tienden a adjudicarse e identificar más sus aspectos negativos, que el poder reconocer y valorar sus atributos positivos, desconociendo un sin número de puntos fuertes presentes en su personalidad. Se producen cambios psicológicos que permitirán la formación de la personalidad en su plenitud. Con excepción de la capacidad de autocontrol, la prevalencia de todos los síntomas emocionales es mayor en mujeres, duplicando e incluso triplicando la prevalencia de los varones (ansiedad y tristeza, respectivamente). El riesgo de presentar los síntomas emocionales descritos es significativamente superior en familias percibidas como disfuncionales, en comparación a familias percibidas como funcionales. (4, 17, 18, 35, 38, 52, 53, 55, 59, 68)

Los trastornos de ansiedad son un grupo de afecciones psiquiátricas que involucran: trastornos de ansiedad generalizada, fobias específicas, trastornos obsesivos compulsivos y fobias sociales. Un trastorno de la adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable la cual no se ha

ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o al cambio que provoca el estrés. Los trastornos de adaptación son bastante frecuentes en los adolescentes, afecta por igual a hombres que a mujeres. La ansiedad que se detecta suele ser de dos tipos fundamentales: ansiedad difusa y ansiedad de separación, sobre todo ésta última dada la perspectiva vincular que incluye en la infancia y la adolescencia. Hasta la década de los 70 se empezó a estudiar con seriedad, en adolescentes los Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Existe un cierto consenso respecto al inicio de este trastorno en la adolescencia y aún en la infancia. Pero hay escasos trabajos publicados e incluso en los textos de Psicopatología infantil no es raro encontrar que se haya obviado el tema. (4, 38, 52, 65, 59, 68)

Algunos adolescentes se sobrecargan de estrés y cuando ello sucede si es manejado de manera inadecuada puede llevar a la ansiedad, el retraimiento, la agresión, la somatización o destrezas inadecuadas para confrontarlo. Usualmente se presenta acompañado de diversos síntomas físicos tales como: ansiedad, dolor de espalda, estreñimiento o diarrea, urgencia miccional, depresión, fatiga, cefalea, tensión arterial elevada, frecuencia cardiaca rápida o irregular, insomnio, problemas en sus relaciones con los demás, respiración rápida, sensación de falta de aire, tensión a nivel cervical, malestar en epigastrio, subir o bajar de peso, disminución de la capacidad para concentrarse, alteraciones sexuales. (4, 11, 68)

1.1.9 SEXUALIDAD Y ESTRÉS

La etapa VI psicosocial de Erikson: Intimidad frente a aislamiento.

En la adultez temprana, aproximadamente desde los 20 a los 25 años, las personas comienzan a relacionarse íntimamente con los demás. A explorar las relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad, y preocupación por la otra persona dentro de una relación. Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión. ⁽⁹¹⁾

El plano psicosexual va de la mano con el psicosocial, la búsqueda de placer empieza desde muy pequeños por eso se dice que el ser humano es hedonista. La fase genital llega en la adolescencia donde sexualmente busca el estímulo mediante la masturbación y socialmente empieza una relación profunda con el sexo opuesto, lo que más tarde traerá una relación amorosa donde se buscare una relación sexual genital. ⁽⁹¹⁾

El noviazgo es una fase transitoria entre dos personas, hombre y mujer, que deciden tomar un compromiso formal, para comunicarse en profundidad y para aprender a conocerse recíprocamente, en cuanto a carácter, sentimientos, gustos, aficiones, ideales de vida, religiosidad, etc. que les permitirá encontrar las diferencias religiosas, políticas, sociales, económicas, educacionales, de costumbres, etc. Así podrán debatir las diferencias e intentar conocerlas, aceptarlas y negociarlas, con el fin de llegar a la siguiente fase que es el matrimonio, con plena claridad de ideas para poder formar una familia. ^(30, 31, 39, 52, 54, 61, 66)

El noviazgo en los jóvenes, suele ser una relación muy inestable, que se ve afectada por la inexperiencia propia de la juventud. También influyen terceras personas que

juzgan, presionan, imponen, prohíben, etc. Por lo general, los noviazgos adolescentes no son duraderos, por la inestabilidad física y emocional de los jóvenes, que muchas veces lo hace insostenible. (30, 31, 39, 52, 54, 61, 66)

Los padres deben enseñar a sus hijos, en relación con su presente o futuro noviazgo, las virtudes y valores humanos, incluso enseñarles a practicarlas: Abnegación, abstinencia, amor, castidad, disciplina, educación, familia, fe, fortaleza, generosidad, honestidad, justicia, modestia, obediencia, oración, orden, paciencia, perdón, prudencia, pudor, pureza, religiosidad, respeto, responsabilidad, sencillez, templanza, tolerancia, virginidad masculina y femenina, voluntad, etc. Todos estos valores están presentes de acuerdo a cada familia y tipo (30, 31, 52, 54, 66)

Los padres deben estar muy alertas, para abordar el tema del noviazgo con los hijos. De común acuerdo deben establecer normas, de cual va a ser la edad mínima y cuales las circunstancias, para que puedan empezar el noviazgo, cual deberá ser la relación apropiada con la otra persona, y las dificultades que acarrea el iniciar una vida sexual de manera prematura, los planes para su vida profesional y de que manera puede afectar un noviazgo prematuro, en la realización de sus sueños. Deben explicar, principalmente a las hijas, lo que se suele llamar "Dar una prueba adelantada de amor". (30, 31, 52, 54, 66)

Algunos hijos tienen una prisa excesiva, por vivir experiencias contradictorias a las virtudes y valores humanos, que les han enseñado sus padres. Suelen hacerlo, como rechazo de los malos ejemplos, que reciben relacionados con los problemas familiares de violencia, abusos, drogas, despilfarros, engaños, etc. (30, 31, 52, 54, 66)

Los padres deben poner reglas claras, firmes y razonables, sobre el comportamiento que esperan de sus hijos, en relación con sus noviazgos. Los padres tienen el derecho y la obligación, de aconsejar y guiar a sus hijos, para diferenciar la atracción del amor. No es extraño, que los adolescentes confundan atracción física con amor, pudiéndose ver envueltos, sin darse cuenta, en relaciones peligrosas. (30, 31, 38, 39, 52, 57, 58, 66)

La violencia durante el noviazgo es un grave problema que afecta en grado considerable la salud física y mental de las adolescentes. A principios del decenio de los ochenta en México, la investigación de Makepeace llamó la atención del público sobre el problema de la violencia durante el noviazgo, tras encontrar que 20% de la muestra de estudiantes padeció violencia en la etapa del noviazgo adolescente. Se ha observado que la violencia durante el noviazgo es un problema que afecta a casi la mitad de las mujeres adolescentes en algunas poblaciones. Sin embargo, se han hallado prevalencias de violencia durante el noviazgo de 9 a 38.2%. Diversos estudios han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar. (30, 31, 38, 39, 52, 57, 58, 61, 66)

Las razones para tener o no relaciones sexuales son variables en tiempo y espacio. Algunos estudios han sugerido que en esta decisión juegan un importante rol las creencias religiosas y morales, el miedo al embarazo, el no sentirse preparado(a), no estar suficientemente enamorado(a) y no tener estabilidad en la relación de pareja. En este estudio, las mujeres entrevistadas señalaron tres razones que si bien no siempre disuaden a las jóvenes de iniciar su actividad sexual, se convierten en materia de cierta preocupación y están relacionadas con las consecuencias del inicio de las relaciones sexuales: el embarazo como primera y la posible transmisión de enfermedades como segunda. Una tercera razón para no tener relaciones se refiere a las consecuencias sociales que se vinculan con el miedo a ser “quemada” y a “andar en boca de todos”. (29, 52, 57, 58, 61, 66)

En cuanto a la violencia durante el noviazgo, estos hallazgos son consistentes con investigaciones realizadas en poblaciones de adolescentes de otros países. El maltrato a la novia (o) puede ocurrir en cualquier momento, desde la primera salida o hasta transcurridos varios años de relación, pero su diferencia ante otros tipos de violencia es el proceso de socialización y adquisición de roles de género en los adolescentes, mismos que determinan el dominio como comportamiento masculino y

la sumisión como femenino, sumados a la idealización del "amor romántico" que todo lo puede superar y todo lo perdona, así como por el carácter informal y efímero de la relación. Y a pesar de que tales patrones de conducta sean parecidos a los identificados en novios formales, no es frecuente que el noviazgo presente niveles de maltrato físico similares a los del matrimonio o relaciones equivalentes; es decir, entre novios los golpes no son la manifestación ordinaria de la violencia, pero en el ámbito del "juego" son comunes, y eso lleva a que su gravedad parezca mínima. El tipo más frecuente de agresión sexual entre novios es la llamada violación por confianza, que sucede cuando las jóvenes o adolescentes son presionadas a tener actividad sexual, aunque en la mayoría de casos con un cierto consentimiento por parte de ellas. (52, 57, 58, 61, 63, 61, 66)

1.1.10 FUENTES FAMILIARES DE ESTRÉS

La violencia familiar produce efectos en el ámbito individual, familiar y social, que se manifiesta a corto, mediano y largo plazo, que afecta diferentes áreas de la vida. ⁽⁵⁾ En general deja repercusiones físicas, alteraciones en la salud, afectación emocional y daños a la sexualidad y sociabilidad de las víctimas que la viven. La exposición a la violencia familiar, constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los adolescentes, especialmente si además de ser testigos, también han sido víctimas de ella. Los adolescentes expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales conjuntamente con conductas de inhibición y miedo, que los que no sufrieron tal manifestación de agresión. También presentan menor capacidad de competencia social, y bajo rendimiento académico que los jóvenes que no experimentaron una vida violenta. Además, estas consecuencias se han relacionado con la aparición, desencadenamiento y consolidación de problemas de salud mental, como depresión, disfunciones sexuales, baja auto estima, autolesiones, sexualidad temprana y como consecuencia del mismo, una grave perturbación denominada trastorno de estrés postraumático. ^(1, 2,4, 5, 28, 36, 37)

Algunas de las fuentes de estrés para los adolescentes pueden incluir:

- 1).-Éxito o fracaso en el estudio
- 2).-Graduación de la preparatoria
- 3).-Ingreso a la universidad
- 4).-Conflicto con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida
- 5).-Los pensamientos y sentimientos negativos
- 6).-Los cambios en sus cuerpos
- 7).-Los problemas con sus amigos y/o los pares en la escuela, ruptura de
compañeros

- 8).-Rompimiento con el novio (a)
- 9).-Indecisión en la profesión
- 10).-La separación o divorcio de los padres
- 11).-Una enfermedad crónica o problemas severos en la familia
- 12).-La muerte de un ser querido
- 13).-El mudarse o cambiar de escuela
- 14).-Dificultades en el primer trabajo
- 15).-El llevar a cabo demasiadas actividades o tener expectativas demasiado altas
- 16):-Los problemas financieros de la familia

La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta, no dedican el tiempo adecuado para conversar, además refieren falta de conocimiento de las actividades de sus hijos, falta de reglas claras en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. La rebelión del adolescente no solo encierra un conflicto con la familia sino que también existe una alineación general hacia la sociedad adulta y mucha hostilidad hacia sus valores. El rechazo hacia los valores inculcados por los padres es casi siempre parcial, temporal o superficial, los valores de los jóvenes siempre van a estar ligados a los de los padres. La rebelión crece al comienzo de la adolescencia, se estabiliza en la mitad y desciende después de los 18 años. (4, 28, 36, 37, 53, 55)

La familia es de una importancia vital para el sano desarrollo de los seres humanos. Sin embargo, en algunas circunstancias, la separación puede ser una medida necesaria cuando la relación de la pareja se ha vuelto muy conflictiva, tiene repercusiones graves sobre los hijos y se han agotado todas las vías para resolver la

situación. El divorcio fue creado como remedio social contra un matrimonio infeliz, pero en estos últimos años se ha visto que la pareja y gran parte de los hijos de cualquier edad tienden a considerar el divorcio como una experiencia extraordinariamente traumática. ^(35, 36, 37, 64)

Existen cambios en la familia del adolescente causados por el divorcio: La economía familiar puede resentirse y ocasiona una pérdida del nivel de vida de la familia, obligando a muchas madres a buscar un nuevo empleo fuera del hogar, lo que ocasiona un ajuste en el cuidado de los niños durante la mayor parte del día. También, como consecuencia del divorcio, la familia se reubica. Pudiendo la madre ir a vivir con sus padres como una medida de ahorro, requerir a los abuelos para que cuiden de sus nietos u obtener apoyo emocional. Al cambiar de residencia, abandona a sus amigos y su escuela, lo cual puede traducirse en problemas de adaptación al nuevo entorno. ^(37, 52, 64)

Etapa aguda: esta etapa abarca desde el momento en que se decide y acepta el divorcio hasta unos dos años después de que ocurrió la separación real. Los hijos en este período tienen que enfrentarse a la conducta nueva y alterada de sus progenitores; ya que, éstos suelen sufrir depresión, irritabilidad y preocupación por los afectos personales, lo que influye en la menor capacidad para la educación y responsabilidad de sus hijos. Por otra parte, los padres tienen miedo de ser rechazados por sus hijos. En esta fase, hay dos hechos que son los más estresantes para los hijos: conocer el divorcio y aceptar la separación real de un padre. Muchas investigaciones han demostrado que ni la edad, ni el sexo, son los factores a considerar cuando lo que está en cuestión es separarse. ⁽⁶⁴⁾

Las reacciones más frecuentemente observadas en los adolescentes de 13 a 18 años son:

- Profunda tristeza por todo lo experimentado, sentimiento de pérdida.
- Cólera contra los dos padres o contra uno en particular.

- Sentimiento de abatimiento ligado a las responsabilidades, sobre todo si tiene hermanos más pequeños.
- Vergüenza por los comportamientos a veces inmaduros de uno o de los dos padres.
- El adolescente deja de ser el confidente o aliado de uno de los padres.
- Imita a un padre en la búsqueda de la libertad sexual.
- Desarrolla sus propios intereses y reivindica que estos intereses deben de estar integrados en la organización de las citas con el padre no custodio.
- Rechaza la residencia alterna, algunos adolescentes habituados al cambio de residencia se cambian fácilmente si se sienten bien en las dos casas.
- Sentimiento frecuente de culpa con la demanda del padre no custodio que quiere establecer un contacto regular y la necesidad personal de libertad y disponibilidad para los amigos (conflictos de horario).⁽⁶⁴⁾

Al año de la separación, la mayoría de los adolescentes disminuye la preocupación por la separación parental y la gran mayoría desarrollan bien sus actividades. La ansiedad también ha desaparecido, aunque perduran algunas preocupaciones, como el temor al posible abandono por uno o ambos padres. En general, la mayoría de los síntomas, como: trastornos del sueño, las fobias, las regresiones, los miedos o el bajo rendimiento escolar no son tan evidentes o han sido superados.⁽⁶⁴⁾

Dos o tres años después de la separación, se encuentra un equilibrio funcional que se acompaña de una mejoría en la relación padres-hijos y en la adaptación de los adolescentes. En estos casos, lo que encontramos con mayor frecuencia es una depresión, presentando tristeza, una baja autoestima, bajo rendimiento escolar, dificultad para la concentración, aislamiento social, inhibición en el juego, gula en el comer, irritabilidad persistente y promiscuidad sexual en el adolescente. Se ha demostrado que, aproximadamente, el 10% se sienten culpables de la separación luego se vuelven depresivos. Suelen ser también manipuladores con sus compañeros, en el juego o en las relaciones sociales. Pasados unos cinco años de la separación parental, casi el 30% de los adolescentes aprueba la separación, aceptan

el cambio familiar como un hecho consumado, pero no toman posturas en pro ni en contra de la separación. ⁽⁶⁴⁾

El nuevo matrimonio: Las nuevas amistades de los padres pueden desencadenar angustia a causa de la nostalgia del hijo por la reconciliación. Los hijos no deben involucrarse demasiado con las nuevas parejas mientras sus progenitores separados no tengan la certeza de que la nueva relación será permanente. Las nuevas amistades pueden desencadenar angustia a causa de la nostalgia del hijo por el retorno del padre biológico, pero también puede desear que alguien satisfaga sus necesidades diarias. ⁽⁶⁴⁾

1.1.11 REPERCUCIÓN SOCIAL EN EL ADOLESCENTE

Nuestro país está conformado por una diversidad de poblaciones que presentan características distintas entre sí, debió a factores socioculturales, regionales, idiosincráticos. En el seno de la familia actual existen crisis del diario vivir que influyen en el comportamiento de todos sus miembros, y cuando los mecanismos para su resolución fallan o no existen crean una situación que conlleva al establecimiento de una alteración en el funcionamiento de la familia o de disfunción familiar, lo cual amerita la intervención de un equipo multidisciplinario, para ayudar en lo posible al restablecimiento de la misma. (4, 9, 10, 19, 25, 26, 32)

Los adolescentes se sienten inseguros de su capacidad para las relaciones sociales, necesitan desarrollar habilidad para sentirse aceptados y establecer contactos que les permitan establecer vínculos afectivos y de amistad, importante para conseguir una buena autoestima y potenciar experiencias sociales que favorecen la madurez social y emocional. La sociedad, la timidez y el aislamiento social son amenazas para el adolescente que desea evitar, necesita ayuda para lograrlo. El futuro y las posibilidades de trabajo figuran entre las inquietudes de los adolescentes, la familia debe ayudar a crear expectativas realistas basadas en sus capacidades y la sociedad ofrecer posibilidades para que los jóvenes puedan conseguir su independencia. (4, 5, 9, 10, 25, 26, 32)

En la sociedad actual y sobre todo en las grandes ciudades existe una falta de comunicación entre padres e hijos, generalmente por exceso de trabajo o estrés familiar, que muestra diversos patrones:

- 1).-El padre seco, que no habla, sólo trabaja, no le importa los problemas familiares.
- 2).-El padre narcisista, entregado al éxito y el rendimiento al que le importa poco la vida familiar.
- 3).-La madre con doble jornada, cansada, sin tiempo para la vida de familia, con sentimiento de culpa.

4).-El ama de casa agotada, aburrida, aislada, sin recompensa.

La actitud ideal es la de la familia sana, no hostil, con relaciones de confianza, dispuesta siempre a ayudar. Expresa sentimientos, positivos o negativos, aclara los malentendidos y busca soluciones. Existen familias que pasan la adolescencia de sus hijos de forma tranquila, sin altibajos, mientras que otra está sumida continuamente en situaciones turbulentas y conflictivas. Ambas circunstancias son normales. ^(6, 25, 26)

Durante la adolescencia media suelen presentarse los conflictos de forma más intensa, a medida que el tiempo pasa se van suavizando y por lo general al final de la misma los hijos aceptan los valores de los padres y se recupera la armonía. ⁽⁶⁾

1.1.12 EL MÉDICO DE PRIMER NIVEL

Hay muchos grados de compromiso del médico familiar que varían desde incluir mínimamente a la familia del adolescente, hasta comunicarse de manera regular con ella acerca de aspectos médicos, encarar las tensiones y los sentimientos familiares, efectuar una evaluación, brindar asesoramiento familiar y encarar problemas de la familia mediante terapia familiar. ^(21, 42)

A veces conviene contar con la presencia de ambos padres en una visita al consultorio para poder tener un panorama más completo del adolescente dentro del contexto de su familia. Se debe otorgar al adolescente la opción de ser atendido sólo durante la mayor parte de la consulta, a menos que este solicite específicamente que uno de los padres permanezca con él. Se deben encarar las preocupaciones de los pares al comenzar y finalizar una entrevista. El médico debe mantener discreción respecto a que información comparte con los padres. Cuando hay desacuerdos entre el médico y el adolescente sobre la información que se va a divulgar, se deben reconocer los deseos del adolescente. En situaciones de alto riesgo, como en el caso de los pacientes suicidas u homicidas, el paciente debe saber que su solicitud de secreto profesional no puede ser respetada y que los padres serán informados de inmediato de la situación. ^(21, 42, 56)

Aspectos éticos de la consulta:

La protección de la confidencialidad de la información de la salud del adolescente, es un aspecto de importancia para los diversos actores involucrados para el proceso de atención, adolescentes-profesionales-padres o cuidadores. El objetivo destacado en la práctica profesional es poder brindar la mejor atención de salud para los adolescentes, sin comprometer la confianza del adolescente hacia el profesional que cuida la salud. La preocupación por la privacidad es causa de menor índice de consultas, numerosas investigaciones han confirmado que la preocupación por la privacidad de la consulta ejerce influencia en la relación con los lugares en los que los adolescentes buscan asistencia. ^(14, 84)

Dar atención de salud a adolescentes es un reto lleno de sorpresas interesantes y a veces frustrantes por lo impredecible de sus respuestas. Sus cambios físicos y su conducta salpicada de cuestionamientos o planteamientos desafiantes ponen a prueba la capacidad para entender y dar respuestas adecuadas y sabias que no vayan a crear más angustias y conflictos. En particular los problemas psicosociales requieren que el médico considere el contexto de las dificultades del adolescente e incluya a los miembros de la familia. Para evaluar y tratar cualquier problema psicosocial serio del adolescente, es esencial la participación de los padres, así como de otros miembros pertinentes de la familia, amigos y profesionales. Todos los problemas psicosociales del adolescente influyen y son influidos por el sistema familiar. (1, 9, 10, 17, 18, 15, 21, 42, 84)

El establecimiento de una relación de colaboración positiva con la familia del adolescente inicia cuando el clínico invita a la familia a participar en una reunión o conversación. Al convocar una entrevista, debe ser claro y directo acerca de las necesidades de conversar con todo el grupo familiar y con otros miembros pertinentes, con el fin de evaluar el problema del adolescente de manera adecuada. Es evidente que son muy diferentes unos de otros, que algunos muestran verdaderas turbulencias en su desarrollo, mientras otros son tranquilos y silenciosos, ambas situaciones son normales. Tienen momentos de estrecha comunicación con los padres y otros en cambio se muestran aislados e introvertidos como si fueran extraños en la propia familia. Necesitan que se respete su momento de silencio, y hay que esperar con paciencia su deseo de comunicación espontánea. (1, 15, 21, 42, 56)

Los más jóvenes aceptan ir con sus padres pero a medida que van siendo mayores prefieren ir solos y sólo lo harán si en experiencias anteriores se les ha mostrado interés y atención que verdaderamente les preocupa que en muchos casos no sea la enfermedad. Los padres deben entender y habitualmente se les explica que es necesario mantener una entrevista a solas, porque es posible que con su presencia no cuenten todo lo que desean. Aunque no existe un perfil tipo de adolescentes si se pueden encontrar a muchas de las siguientes características:

1).-Tiene escasa motivación por la salud, 2).-Preocupación por la enfermedad visible pero muy poca por la importante, no les gusta ir al médico, no piensan que están enfermos, 3).-Necesitan una primera consulta exitosa para repetir, 4).-Importantísima la relación médico-paciente para mantener un seguimiento, 5).-Diferente del niño y adulto, necesita un espacio específico, 6).-Existen patrones múltiples de la normalidad, 7).-Es difícil de diferenciar el enfermo del sano por la variabilidad individual, 8).-Su patología es todavía poco conocida, 9).-Tiene alta morbilidad psicosocial y escasa morbilidad orgánica, 10).-Es más importante para el médico saber “el cómo” que “el qué” hacer, 11).-Necesitan consultar inmediatamente, no pueden ni saben esperar, 12).-Tiene dificultad de horario para acudir a la consulta, 13).-Olvidan las revisiones, 14).-Cumplen mal el tratamiento, 15).-Preocupaciones importantes ocultas que no exponen y 16).-Son muy sensibles para captar el interés médico.

La relación del médico con el adolescente tiene una importancia mucho mayor que en otras edades por eso la primera visita debe cuidarse con esmero porque de ella depende el cumplimiento del tratamiento y las futuras consultas. Ganar la confianza del paciente y establecer la confidencialidad es el primer objetivo, porque facilita la comunicación para descubrir sus verdaderas preocupaciones. Se debe reforzar la comunicación del adolescente con sus padres haciendo entender la necesidad de ayuda y beneficio personal de una buena relación. Para que la relación del médico con su paciente adolescente resulte exitosa, se debe conocer como es él y sus expectativas, puesto que espera que el profesional le resuelva sus verdaderas preocupaciones. Mejorar el conocimiento de los problemas de salud y estimular la discusión de padres con los adolescentes, lo que les ayudara a conocer los valores y expectativas que los padres tienen sobre ellos. Los adolescentes necesitan la atención de los padres para reafirmarse en que son queridos y valorados, y que desean ser acompañados durante este tiempo. (5, 6, 12, 42, 56, 84)

No se debe olvidar las “nuevas epidemias”, o sea a los estilos de vida peligrosos y las conductas de riesgo a las que se pueden exponer, así como los trastornos psicosociales ocasionados por la violencia, los accidentes, la delincuencia, el uso y/o

abuso de alcohol, tabaco u otras drogas, la práctica sexual promiscua o desprotegida y la problemática escolar.

La historia clínica sigue siendo la herramienta primordial, como en todas las consultas medicas. A sus antecedentes personales o familiares, hay que añadir el estado de salud en ese momento, su escolarización y actividades escolares, las prácticas de actividad física, los hábitos alimentarios, el papel de los amigos y de la familia, el entorno social y el uso del tiempo libre, la sexualidad o el contacto con el uso de sustancias.

Algunos consejos o indicaciones por parte del médico familiar para manejar el estrés:

1.-No preocuparse por cosas que pueden controlar, 2.-Prepararse lo mejor que se pueda para sucesos que se sabe pueden ocasionar estrés, 3.-Tratar de ver los cambios como un reto positivo no como una amenaza, 4.-Tratar de resolver los conflictos con las demás personas y la familia, 5.-Que hablen con un amigo en el que confíen, con un familiar o con un consejero, 6.-Fijarse metas realistas tanto en la casa como en la escuela y el trabajo, 7.-Hacer ejercicio de manera regular, 8.- Consumir alimentos bien balanceados y dormir lo suficiente, 9.-Meditar, 10.-Participar en actividades que no produzcan estrés tales como el deporte, eventos sociales y pasatiempos y 11.-Consumir menos cafeína, tabaco y alcohol. ⁽¹⁾

Al convocar a una entrevista familiar, se observa cual es el problema que preocupa a la familia, y no guiarse por su propia evaluación del mismo. Se comunica a los padres la importancia de obtener su ayuda para poder evaluar y tratar el problema del adolescente. El genograma es un elemento útil para reunir y registrar gráficamente la información acerca de la familia, la proximidad, la distancia o el conflicto emocional entre los miembros, las relaciones significativas con otros profesionales y cualquier otra información importante para el caso y que problemas de desarrollo individuales y familiares enfrenta la familia. Analizarlo en el contexto del ciclo vital de la familia ayuda a desarrollar hipótesis acerca de los problemas que motivan la consulta. ^(21, 42, 56, 84)

Esta descripción de una entrevista familiar brinda un enfoque inicial para el asesoramiento ulterior. Son importantes los siguientes principios: el asesoramiento familiar es muy efectivo cuando está dirigido a objetivos y es de tiempo limitado. El clínico puede arreglar con la familia un número determinado de sesiones (por lo general de 4 a 6) en un tiempo específico, estableciendo objetivos claros para evaluar el progreso con facilidad. Si durante este periodo no se obtiene un progreso significativo o surgen problemas más serios, la familia debe ser derivada para terapia familiar. La tarea final de una entrevista familiar es elaborar un plan terapéutico específico que sea agradable para el adolescente y su familia y establecer el rol de cada individuo en la ejecución del plan. Estos planes pueden variar desde efectuar un simple contrato de conducta hasta internar al adolescente y derivar a la familia a una tarea familiar. ^(21, 42, 56, 84)

1.1.13 PATOLOGIAS POR ESTRÉS Y COMO SE MANIFIESTAN COMO MOTIVOS HABITUALES DE CONSULTA EN LA ADOLESCENCIA

Respuestas neuroendocrinas al estrés

Aunque la liberación de glucocorticoides y la activación simpática son las respuestas típicas de estrés y se dan en todos los vertebrados, existe un sinnúmero de variables fisiológicas que cambian en situaciones de estrés. Algunas de las más estudiadas son las hormonas adenohipofisarias: prolactina, somatotropina (hormona del crecimiento, GH), tirotropina (hormona estimulante del tiroides, TSH), hormona luteinizante (LH), y hormona estimulante de los folículos (FSH). Todas estas hormonas están bajo el control del hipotálamo, que libera factores estimuladores o inhibidores al sistema portal hipofisario de la eminencia media. Los efectos fisiológicos de estas hormonas son fundamentales para el organismo. En respuesta a situaciones de estrés de tipo emocional de corta duración, podemos observar un incremento en los niveles plasmáticos de prolactina, TSH y LH. La FSH es muy poco sensible al estrés, mientras que la GH muestra un comportamiento completamente diferente según la especie. ^(8, 22, 24)

Una hormona que ha despertado gran interés en situaciones de estrés emocional es la prolactina. La prolactina es fundamental en la lactancia, pero también es importante en animales para la regulación de los comportamientos asociados al cuidado de las crías. Por otro lado, cuando los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante un cierto tiempo, puede aparecer un efecto inhibitor sobre el sistema reproductor, aunque es discutible si la exposición crónica al estrés es capaz de elevar los niveles de prolactina al nivel necesario para causar tal inhibición. La prolactina es una hormona sujeta a un doble control por el hipotálamo: la estimulación, mediada por factores hipotalámicos liberadores de prolactina, cuya naturaleza precisa es aún discutida (*prolactin releasing factors*, PRF) y factores inhibidores, de los cuales se considera como fundamental la dopamina. La dopamina ejerce un efecto tónico inhibitor sobre la secreción de prolactina, como se demuestra con la administración de antipsicóticos (antagonistas dopaminérgicos), que inducen

una elevación considerable de los niveles de prolactina. Sin embargo, la liberación de prolactina inducida por el estrés es consecuencia de la liberación al sistema portal hipofisario de un PRF y no de cambios en la liberación de dopamina. A pesar de esta elevación de la prolactina por el estrés, su posible función ha permanecido ignorada durante mucho tiempo. El posible significado de la GH en situaciones de estrés es problemático. Esta hormona está también sujeta a un doble control hipotalámico: estimulador, mediante la liberación a la eminencia media de somatocrinina (*growth hormone-releasing hormone*, GHRH), e inhibidor, mediante la liberación de somatostatina. Es muy probable que la proporción relativa de cada uno de estos factores, en respuesta al estrés, determine por qué en algunas especies los niveles de GH disminuyen, mientras que en otras especies se elevan. No obstante, conviene tener en cuenta que los efectos fisiológicos de la GH son en gran parte mediados por otros factores formados en tejidos periféricos (por ejemplo, *insulin-like growth factor*, IGF-I) y que el estrés puede afectar negativamente al crecimiento, actuando sobre la producción de estos factores y no sólo sobre la secreción de GH. La realidad es que las situaciones de estrés crónico de una cierta intensidad pueden venir acompañadas de una inhibición del crecimiento, sólo en parte explicable por la posible reducción en la ingesta de alimentos. ^(8, 22, 24)

La TSH está bajo el control de un factor hipotalámico, el TRH (*thyrotropin-releasing hormone*), que se forma en neuronas del PVN. Aunque no se ha determinado directamente, se asume que los cambios en la secreción de TSH en situaciones de estrés son el resultado de cambios en la liberación de TRH al sistema portal hipofisario. En respuesta a situaciones de estrés de tipo emocional y de corta duración, se observa un incremento en los niveles plasmáticos de TSH, pero si la situación estresante es de elevada intensidad y se prolonga por espacio de una o varias horas, suele aparecer una inhibición. Esta inhibición de la TSH puede ir acompañada de una reducción de los niveles plasmáticos de hormonas tiroideas (sobre todo T3, y en menor medida T4). La reducción de los niveles de T3 en situaciones de estrés de intensidad alta y larga duración parece ser consecuencia no sólo de la reducción de los niveles de TSH, sino también de una inhibición de la

formación de T3 a partir de T4, tanto en el tiroides como en los tejidos periféricos (se ha de tener en cuenta que en realidad la hormona que se une a los receptores es la T3, considerándose la T4 como un reservorio de T3). Esta inhibición que el estrés causa en las hormonas hipofisario-tiroideas es lo que suele describirse en los libros de texto, pero no conviene olvidar que sólo ocurre cuando las situaciones estresantes rebasan una cierta intensidad y duración. ^(8, 22, 24)

Un comportamiento similar al del eje hipofisario tiroideo se observa en el eje hipofisario-gonadal. Mientras que algunas situaciones de estrés pueden dar lugar a una elevación transitoria de los niveles de LH e incluso de testosterona (formada en las células intersticiales de Leydig de los testículos), las situaciones de estrés de alta intensidad y duración pueden acabar conduciendo a una inhibición moderada de la secreción de LH y FSH, pero sobre todo, una inhibición importante y directa (testicular) de la secreción de testosterona.

Esta inhibición de la secreción de testosterona, si es prolongada, puede tener a largo plazo consecuencias negativas sobre la fertilidad, y es un tema muy controvertido. Aunque los mecanismos fisiológicos precisos no se conocen bien, el estrés parece inhibir la actividad de las neuronas que sintetizan y liberan el factor hipotalámico liberador de gonadotropinas (GnRH). Estas neuronas están situadas sobre todo en el área pre óptica medial y en el núcleo arqueado. Se caracterizan por tener una actividad electrofisiológica cíclica que se corresponde con una secreción pulsátil de GnRH al sistema portal hipofisario. Esta secreción pulsátil de GnRH queda reflejada en la correspondiente secreción pulsátil de LH. Entre los factores que podrían participar en la inhibición de las neuronas de GnRH están el CRF, que además de su función endocrina en la hipófisis desempeña un papel muy relevante como controlador general de la respuesta del SNC al estrés. ^(8, 22, 24)

La inhibición de la reproducción (incluso en su vertiente de comportamiento) en situaciones de estrés crónico puede explicar la reducción de la fertilidad y las dificultades para mantener la reproducción. Los cambios en la ingestión de alimentos

también constituyen una respuesta típica de estrés. En los animales de laboratorio, la exposición a situaciones moderadas de estrés puede causar un incremento transitorio de la ingestión; sin embargo, la exposición a situaciones estresantes emocionales de cierta intensidad conduce a una reducción. El comportamiento de ingestión en humanos sigue un patrón relativamente similar, dado que el incremento en la ingestión es una respuesta característica en situaciones de ansiedad moderada, en tanto que se observa inhibición de la ingestión en situaciones de ansiedad de gran intensidad. Es interesante destacar que la reducción de la ingestión es también característica de la exposición a ciertos estímulos estresantes sistémicos (heridas o intervenciones quirúrgicas, procesos infecciosos), lo que viene de nuevo a poner de manifiesto el paralelismo entre estrés sistémico y emocional. ^(8, 22, 24)

Cambios en situaciones de estrés agudo o crónico

Una vez establecidas las principales consecuencias fisiológicas del estrés, es importante comentar qué significado y consecuencias pueden tener. Respecto al significado, es importante conocer si las variables fisiológicas son capaces de reflejar de alguna manera la intensidad de las situaciones estresantes; es decir, si pueden considerarse como marcadores biológicos de la intensidad del estrés. Cuando se han estudiado algunos parámetros metabólicos, la conclusión es similar: mientras que los niveles circulantes de glucosa pueden reflejar la intensidad del estrés, los de otras variables metabólicas como los ácidos grasos libres, triglicéridos o colesterol, no pueden. De hecho, no es sorprendente que los niveles de glucosa puedan reflejar la intensidad del estrés, puesto que están bajo el control de la adrenalina. En los estudios llevados a cabo en humanos, el patrón cualitativo de la respuesta fisiológica (especialmente la cardiovascular y la neuroendocrina) al estrés es similar al de los animales de experimentación. Por ejemplo, una situación estresante aguda como la inminencia de un examen es capaz de elevar los niveles de ACTH, cortisol o TSH. Existen pocos estudios encaminados a determinar qué variables son sensibles a la intensidad del estrés emocional. ^(8, 22, 24, 69, 83)

Los cambios fisiológicos asociados al estrés también pueden utilizarse para estudiar la posible adaptación de los individuos al estrés crónico. La terminología de estrés crónico es confusa. En el caso específico de la exposición a situaciones estresantes repetidas (las más estudiadas) se ha demostrado que aquellas variables que son sensibles a la intensidad del estrés muestran una activación progresivamente menor cuando se repite la exposición a la situación. En cambio, aquellas hormonas que no son sensibles a la intensidad del estrés no cambian de forma consistente en función de la exposición repetida. Conviene destacar que la valoración de los niveles de glucocorticoides no es tan buena como la de la ACTH por dos razones: a) la respuesta de la adrenal a la ACTH se satura con niveles moderados de ACTH y, por lo tanto, no reflejan la liberación de ACTH en situaciones de estrés de una intensidad elevada, y b) el estrés crónico de cierta intensidad puede dar lugar a un incremento de la capacidad de respuesta de la adrenal a la ACTH. Como consecuencia de ello, cuando se quiere estudiar la adaptación a situaciones de estrés crónico de una cierta gravedad, es fundamental analizar los niveles de ACTH, puesto que basarse sólo en los glucocorticoides puede dar lugar a interpretaciones erróneas. Es difícil establecer en humanos si la exposición a un estrés crónico aparentemente repetido da lugar a adaptación, puesto que la complejidad de la valoración cognitiva de la situación puede hacer que la situación nunca sea exactamente la misma y, por lo tanto, se dificulte enormemente la adaptación observada habitualmente. (8, 22, 24, 69, 83)

Por consiguiente, con el modelo de estrés crónico repetido y con otros modelos de estrés crónico pueden aparecer cambios fisiológicos característicos que son indicadores de una situación de estrés crónico: reducción del crecimiento, hipertrofia de la adrenal y atrofia del timo, inhibición de algunos aspectos de la función reproductiva o la supresión del sistema inmunitario. El eje HPA, el más estudiado, las situaciones crónicas de elevada intensidad pueden incrementar los niveles circulantes de glucocorticoides en condiciones basales y la respuesta de la adrenal a la ACTH (aspecto ya mencionado), en tanto que pueden causar resistencia a la retroinhibición valorada tras la administración exógena de glucocorticoides (por ejemplo, la clásica prueba de supresión por dexametasona). Estos cambios podrían ser útiles en

humanos como marcadores biológicos de estrés crónico, pero se han llevado a cabo pocos estudios al respecto. (8, 22, 24, 69, 83)

Patologías asociadas al estrés

En los estudios originales de Selye ya se puso claramente de manifiesto que la exposición al estrés podía ir acompañada de importantes cambios fisiopatológicos, entre los que podemos destacar las alteraciones de la función renal, la ulceración gástrica y la inmunosupresión. Las situaciones de estrés crónico utilizadas por Selye eran de gran intensidad y poco equiparables a los modelos actuales, por lo que deben tomarse sólo como una referencia histórica. La enorme actividad investigadora desarrollada a lo largo de varias décadas ha corregido y matizado algunos de los primeros resultados y, sobre todo, ha descrito otros nuevos. (8, 22, 24, 69)

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1) Enfermedades por Estrés Agudo.

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente observan son:

- Ulcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico

2) Patologías por Estrés Crónico.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y

también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. Las alteraciones más frecuentes:

- Gastritis o Dispepsia
- Ansiedad
- Accidentes
- Frustración
- Insomnio
- Colitis nerviosa
- Migraña
- Depresión
- Agresividad y neurosis de angustia
- Disfunción familiar
- Trastornos sexuales
- Disfunción laboral
- Hipertensión arterial e Infarto al miocardio
- Adicciones
- Trombosis cerebral
- Conductas antisociales o Psicosis severa

Los trastornos médicos que afectan a los adolescentes pueden ser específicos de la edad, y tener manifestaciones, tratamiento o pronósticos específicos que difieren de los de la infancia y la edad adulta. Asimismo pueden representarse secuelas de enfermedades de la infancia o bien ser el comienzo de procesos patológicos que se manifiestan con mayor frecuencia en la edad adulta. ^(14, 69)

Clasificación:

Respiratorios: Patología infecciosa aguda o crónica, asma, y manifestaciones pulmonares de enfermedades sistémicas, debiendo tenerse en cuenta la maduración del aparato respiratorio.

Funcionales: Cefalea tensional, algias varias, síncope, dolor precordial, mareos, en los que en general no se halla un sustrato orgánico, presentado en ocasiones un esfuerzo del organismo para adaptarse a los diferentes cambios.

Genitourinarios: Las manifestaciones ginecológicas relacionadas con la madurez sexual son de suma importancia debido a la frecuencia de estas afecciones. Trastornos menstruales, manifestaciones del desarrollo mamario que a menudo son motivo de atención y causa de ansiedad, así como la presencia de quistes benignos o fibroadenomas. Trastornos renales y urológicos que afectan a las adolescentes, pueden ser trastornos congénitos o de la primera infancia que persiste hasta la adolescencia y entidades específicas que parecen durante la misma.

Osteo-articulares: Escoliosis, luxación de la cabeza del fémur, enfermedad de Osgood Schlatter. Trastornos musculoesqueléticos que afectan a los adolescentes pueden estar o no vinculados con la actividad deportiva.

Síntomas emocionales: Reacciones de adaptación, trastornos del comportamiento, de la personalidad. Fallo escolar, conductas de riesgo y adictivas.

Neurológicos: Manifestaciones convulsivas cefaleas de tipo vascular.

Trastornos nutricionales: Anorexia, bulimia y obesidad

Síntomas dermatológicos: El acné constituye un importante trastorno médico que motiva la consulta, por las lesiones de tipo estético que conlleva.

Síntomas gastrointestinales: Dolor abdominal crónico, así como la enfermedad ulcerosa péptica, constipación crónica en especial en adolescentes femeninas. Son

de destacar asimismo las patologías denominadas funcionales entre las que se destacan el síndrome de colon espasmódico o irritable.

Síntomas cardiológicos: Se deben tener presentes las alteraciones cardiovasculares estructurales, evaluar los factores de riesgo y prevenir la patología del adulto.

Signos de desarrollo puberal: Los trastornos del crecimiento del tipo de problemas de talla alta o baja y otros de gran relevancia, como trastornos de la pubertad que se manifiestan con un desarrollo demorado o precoz.

ESTRÉS Y SISTEMA INMUNE

Investigaciones recientes se han enfocado a las alteraciones de la función inmune como la vía a través de la cual el estrés pueda afectar la salud y se han estudiado una o más determinantes de la función inmune celular en relación con circunstancias estresantes u otros factores psicosociales o ambos; los sujetos sometidos a estrés muestran una disminución de la función inmune, respecto a aquellos menos estresados o de ellos mismos antes del estrés. ⁽⁷⁹⁾

La psiconeuroendocrinología ha estudiado el eje hipotálamo hipófisis suprarrenal. Las altas dosis de esteroides exógenos ejercen efectos depresores sobre numerosos parámetros inmunes, sobre todos la inmunidad mediada por células y los fagocitos. El estrés agudo se ha asociado con frecuencia con altos niveles transitorios de corticosteroides y se considero desde hace tiempo que este era el mecanismo de inmunosupresión inducida por el estrés. Sin embargo ahora es evidente que se asocia con un aumento en los niveles de numerosas hormonas y que prácticamente las hormonas pueden influir en la actividad inmunológica y los cambios de los niveles hormonales inducidos por estrés pueden provocar efectos inmunológicos modificando los niveles de nucleótidos cíclicos en las células inmunes. ⁽⁷⁹⁾

El estrés tiende a aumentar los niveles de catecolaminas, lo que es modulado por la capacidad del organismo para sobrellevar o controlarlo. La dopamina y las B-endorfinas tiende a ejercer efectos que aumentan la inmunidad, mientras que la

serotonina ejerce un efecto neto inhibitorio sobre la función inmune. Por muchas razones, la adolescencia puede representar un periodo de aumento de la vulnerabilidad de los efectos estresantes. Normalmente la adolescencia es considerada estresante, con los cambios físicos, psicosociales y cognitivos concurrentes. ⁽⁷⁹⁾

TRASTORNOS NUTRICIONALES

Anorexia nerviosa

Es un trastorno en el que un individuo restringe excesivamente la ingesta alimentaria y presenta una notoria pérdida de peso por debajo del peso corporal ideal. Hay un impulso subyacente a la delgadez y un abrumador miedo a la gordura, que se asocia con una imagen corporal distorsionada. El paciente que presenta este trastorno suelen tener baja autoestima y altos niveles de ansiedad. Tienden a ser introvertidos, obsesivos y perfeccionistas, y a tener tendencias dominantes. Por lo general, pese al rendimiento superior al promedio, tienen una sensación de ineffectividad y algunos presentan trastornos afectivos, como depresión. ⁽⁷⁹⁾

Normalmente, el adolescente desarrolla independencia y autonomía como modo de preparación para la separación de la familia y sus alteraciones impiden este progreso evolutivo. Sin embargo en muchos casos, la dinámica familiar es más una reacción que una causa de los síntomas. Minuchin y col. Describen la patología familiar de la anorexia nerviosa en términos de “pegoteo”, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de los conflictos. Describen a la madre a menudo como una figura predominante y al padre como distante. En este caso todos los pacientes y sus familias deben ser sometidos a una evaluación psiquiátrica. La mayoría de los adolescentes requieren psicoterapia individual, y casi todas las familias, terapia familiar o de apoyo. Se ha observado que una combinación de terapia individual y familiar es muy efectiva, aunque no siempre posible. ⁽⁷⁹⁾

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios de atiborramiento alimentario, y conductas para evitar la consecuencia de la hiperfagia, como vómito auto inducido, ejercicios enérgicos, ayuno, abuso de laxantes y abuso de diuréticos. El trastorno alimentario del adolescente es un síntoma de un sistema familiar caótico y suborganizado y el tratamiento se orienta a la identificación y a la mejoría de los patrones de interacción familiar disfuncionales. Aunque los problemas metodológicos han obstaculizado la investigación en esta área específica, son más proclives a tener antecedentes de abuso físico o sexual durante la infancia. ⁽⁷⁹⁾

Los pacientes presentan niveles significativos de depresión con más frecuencia en sus antecedentes personales y familiares más comúnmente que otros. La experiencia de atracón y purga pueden provocar sentimientos de culpa, remordimiento y vergüenza, pero la depresión y la distimia suelen preceder el comienzo del trastorno de la alimentación y la depresión episódica a menudo induce comilonas. La mayor parte de los pacientes son sometidos a diversos tratamientos durante el curso de su enfermedad. Los tratamientos como psicoterapia individual, familiar y de grupo se pueden combinar con farmacoterapia. ⁽⁷⁹⁾

OBESIDAD

Se define como adiposidad excesiva; es decir más del 25% del peso corporal a expensas de grasa en los varones y más de 30% en las mujeres. La determinación del tejido adiposo, más que del peso, son determinantes más directos de obesidad para la investigación pero tiene limitada utilidad en la asistencia del paciente. Los factores psicológicos son importantes en la obesidad. No hay ninguna evidencia de la existencia de una “personalidad obesa” y tampoco existe aval para las teorías que citan dependencia, falta de control del impulso e incapacidad para demorar la ratificación como causa de obesidad. ⁽⁷⁹⁾

Es preferible la prevención de la obesidad durante la infancia que su tratamiento durante la adolescencia, pero los datos indican que ese es un extremo difícil en hijos

de padres obesos. Un estudio sobre la “dieta prudente” en la lactancia demostró de hecho tasas significativamente más bajas de obesidad a los tres años respecto de controles históricos, pero se deben completar estudios mucho más exhaustivos sobre los efectos de este tipo de dieta antes de poder hacer recomendaciones amplias. ⁽⁷⁹⁾

El médico y el adolescente deben conocer la dificultad inherente al tratamiento de la obesidad. La terapia puede ser bastante difícil (sobre todo en los varones) que aun no están preocupados por su aspecto. Aunque la reducción de peso es más exitosa en quienes se encuentran firmemente motivados, la tasa de éxito de la mayoría de los planes de pérdida de peso es mala y el pronóstico del mantenimiento de la reducción ponderal es aun peor. El tratamiento psiquiátrico sin dieta ni modificación de la actividad puede ser beneficioso en la obesidad leve, pero que deben hacer frente a la presión de los pares o los padres para ser delgados, o en aquellos cuya obesidad parece tener una firme reacción con hábitos alimentarios mal adaptativos. ⁽⁷⁹⁾

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

La gastritis obedece a una gran variedad de factores, incluidos fármacos y otros tóxicos, helicobacter pylori, estrés y reflujo gastrobiliar. Con la posible excepción del reflujo biliar, todas son causas importantes de morbilidad durante la adolescencia. La gastritis atrófica, frecuente en los adultos, no se observa en los adolescentes. Los adolescentes en estado crítico están expuestos a presentar daño de la mucosa relacionada con estrés. La gastritis sobreviene la mayoría de las veces después de traumatismos severos, quemaduras extensas y en caso de lesión o cirugía del sistema nervioso central, sepsis y choque. ^(16,34, 79)

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

La enfermedad intestinal inflamatoria comprende la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, caracterizados por inflamación crónica dentro del tracto gastrointestinal. Ambas enfermedades provocan síntomas recurrentes, a menudo debilitantes, que pueden interferir en el crecimiento, la maduración sexual y el desarrollo psicosocial normales. La patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal está orientada a los mecanismos involucrados en la regulación de la respuesta inmune gastrointestinal, incluidos la supresión quizá defectuosa del tejido linfoide asociado con el intestino y la hiperrespuesta inmune y se han estudiado la participación de los mediadores inflamatorios. Los adolescentes y sus familias deben comprender que el tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria exige un cuidadoso equilibrio entre intervención suficiente para asegurar un funcionamiento diario normal y evitación del sobretatamiento. De estos el 60% de los adolescentes afectados por la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, manifestaron trastornos psiquiátricos identificables, siendo el más común la depresión. ^(16, 34, 79)

CONSTIPACIÓN CRÓNICA

La constipación o la eliminación difícil e infrecuente de deposiciones sólidas, afecta a los adolescentes así como a niños más pequeños. Puede aparecer dolor abdominal recurrente y hemorragia rectal. Con frecuencia la constipación es una continuación de síntomas que comenzaron durante la primera infancia y suele comenzar con la eliminación dolorosa de materia fecal. Factores etiológicos a considerar en la constipación son el hipotiroidismo, la reducción de la ingesta alimentaria, la depresión y el abuso de narcóticos. Las medicaciones que pueden inducir constipación son los anticolinérgicos, los antidepresivos, los diuréticos, los anticonvulsivantes, los antiácidos con contenido de aluminio y opiáceos. Los trastornos que cursan frecuentemente con constipación son las discapacidades neurológicas crónicas (retraso madurativo, espina bífida), anorexia nerviosa, enfermedad fibroquística y síndrome de intestino irritable. ^(16, 34, 79)

TRASTORNOS MENSTRUALES

El patrón de irregularidad menstrual es un espectro que varía de hemorragia menstrual frecuente o prolongada, la oligomenorrea y por último la amenorrea completa, a medidas que las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis- ovario se torna cada vez más severa. Las enfermedades que alteran la función del eje hipotálamo- hipófisis- ovario son endocrinopatías, enfermedades crónicas, nutrición deficiente obesidad masiva, ejercicio intenso, estrés y ciertos fármacos. La obesidad puede provocar amenorrea, alrededor de la mitad de las mujeres que superan el doble de su peso ideal. Otras posibilidades son exceso de andrógenos ováricos, síndrome de Cushing y síndromes genéticos de talla baja. La anovulación transitoria o intermitente inducida por el estrés es común. ^(79, 87)

La hemorragia uterina disfuncional se puede definir como una hemorragia uterina anormal sin un trastorno uterino orgánico ni patológico pelviano discernible. En la adolescente, la causa más común es la anovulación secundaria a la inmadurez de la retroalimentación positiva de los estrógenos sobre el hipotálamo. Algunos consideran que la anemia por déficit de hierro agrava la hemorragia uterina disfuncional. La pérdida de peso y el manejo del estrés pueden ser temas importantes para algunas pacientes. ^(79, 87)

DISMENORREA

El dolor que acompaña a la menstruación es uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes por el que los adolescentes solicitan atención médica. Por lo regular no está asociado con la menarca, sino que ocurre varios meses a varios años después del comienzo de la menstruación. Alrededor del 50% de las mujeres referirá cierto grado de molestias menstruales. La dismenorrea puede clasificarse en primaria y secundaria. ⁽⁷⁹⁾

Dismenorrea primaria

No comienza con la menarca, sino con el comienzo de los ciclos ovulatorios, el dolor se caracteriza por ser intermitente y cólico. Con frecuencia se percibe en la región suprapubica y la región lumbar con irradiación ocasional a la cara anterior de los muslos. Los síntomas asociados pueden ser nauseas, mareos, cefalea, polaquiuria y deposiciones frecuentes. En la dismenorrea primaria se observan concentraciones más altas de prostaglandina F2alfa y existe un aumento de la relación prostaglandina F2alfa, prostaglandina E2, prostaglandina F2alfa provoca contracciones excesivas de la musculatura uterina, probablemente por la inducción del aumento de las uniones de las aberturas miometriales. Se desconoce la causa de la liberación de PGF2alfa pero quizá sea secundaria a los niveles anormalmente altos de estrógenos plasmáticos. El tratamiento de la dismenorrea primaria en la adolescente que no es sexualmente activa consiste en el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Entre el 60 y el 80% de las pacientes que reciben estos agentes controlan los síntomas. Si la adolescente revela que es sexualmente activa o si no se logra el control de los síntomas con los inhibidores de las prostaglandinas, se debe administrar un anticonceptivo oral de baja dosis. ⁽⁷⁹⁾

Dismenorrea secundaria

Las molestias menstruales que no calman mediante el tratamiento con un antiinflamatorio no esteroide ni un anticonceptivo oral de baja dosis exigen mayor evaluación, se debe practicar una laparoscopia diagnostica para constatar el diagnostico.

Las adolescentes pueden presentar endometriosis precoz capaz de provocar dismenorrea significativa. Las lesiones sospechosas observadas en el momento de la laparoscopia se deben tomar biopsia, a modo de obtener confirmación tisular del diagnostico. La endometriosis se puede tratar medicamente mediante supresión continua mediante anticonceptivos orales, con danazol o análogos de la hormona liberadora de gonadotrofinas. Cuando se detecta una anomalía estructural se debe proceder a la cirugía ginecológica reparadora apropiada. Como en la actualidad

las adolescentes inician su actividad sexual a una edad más temprana el diagnóstico diferencial de dolor pélvico y dismenorrea en la mujer debe incluir el dolor secundario a enfermedad inflamatoria pélvica. Los antecedentes de una enfermedad de transmisión sexual previa pueden ser sugestivos. ⁽⁷⁹⁾

SINDROME DE TENSÓN PREMENSTRUAL

Se define como un grupo de trastornos de la conducta, somático, afectivos y cognitivos, que sobrevienen en la fase luteínica del ciclo menstrual y que se resuelven con rapidez con el comienzo de las menstruaciones. Es un problema clínico importante para el 30% de las mujeres de todas las edades, y 10% resulta severamente afectado. Los síntomas físicos más comunes consisten en distensión, mastalgia, cefalea, aumento de peso, aumento del apetito y dorsalgia. Los síntomas afectivos habitualmente comunicados son depresivos, llanto fácil, ansiedad, irritabilidad y alteraciones de la concentración. Algunas pacientes adolescentes también presentan anhelo de alimentos y cambios de la libido. Se han estudiado las hormonas ováricas, prolactina, tiroxina y prostaglandinas, pero los resultados han sido contradictorios y no concluyentes como el aumento de peso y la distensión son síntomas comunes asociados con el síndrome de tensión premenstrual. Se ha estudiado e implicado al sistema renina-angiotensina-aldosterona, la hormona anti diurética, la prolactina y los estrógenos, pero no se ha demostrado la causalidad. Una teoría interesante es la que implica a las endorfinas. Los síntomas de aumento de la liberación de endorfinas son agitación y ansiedad. ⁽⁷⁹⁾

CEFALEA

Es uno de los síntomas más frecuentes, y se ha observado que afecta del 90 al 95% de los individuos y por lo menos, la mitad de la población adolescente admite algún tipo de cefalea. Alrededor del 30% refiere antecedente de cefalea “severa” en algún momento, y el 4 al 7% refiere antecedentes de migraña más específicamente definida y solo alrededor del 20% de los adolescentes y los adultos jóvenes que presentan cefalea han consultado al médico. ⁽⁷⁹⁾

Cefalea aguda

La cefalea aguda presenta problemas diferentes de los de la crónica, continua o con frecuentes recurrencias. La cefalea súbita puede formar parte de una amplia variedad de síndromes. Corresponde considerar todas estas entidades diagnósticas en pacientes asistidos en departamentos de urgencias o en consultorios por cefaleas agudas como síntoma aislado, pero menos del 5% presentará un trastorno distinto de migraña, cefalea de tipo tensional o algunas variantes de estas.

El dolor aparece en la distribución del nervio trigémino y las raíces cervicales altas. Se desconoce porque el dolor afecta estas áreas en la mayoría de los casos. El carácter pulsátil hace pensar en dolor derivado de las paredes de los vasos arteriales. Este puede ser el origen del dolor en algunos síndromes dolorosos. Los receptores del dolor se localizan también en músculos y tendones. Existe la cefalea con enfermedad sistémica aguda, la cefalea secundaria a agentes exógenos, la hemorragia subaracnoidea como causa de cefalea, la encefalitis y meningitis, la sinusitis aguda, los trastornos oftálmicos agudos, los estados psiquiátricos agudos como parte de las cefaleas agudas. ⁽⁷⁹⁾

Cefaleas crónicas o recurrentes

El mejor ejemplo de este tipo de cefalea es la hipertensión endocraneana, los estados metabólicos, la cefalea postraumática, la vasculitis inflamatoria y la migraña, la cefalea de tipo tensional y la cefalea acuminada, siendo estas tres últimas las que se estudian mejor en el adolescente. ⁽⁷⁹⁾

Migraña

Es una enfermedad común en los adolescentes, se caracteriza por 5 síntomas fundamentales: Episodios recurrentes de duración limitada, náuseas y a menudo vómito durante los ataques, Dolor unilateral, Fotofobia durante el episodio doloroso y Síntomas de advertencia (por lo regular visuales) que preceden al dolor. La diarrea, la vasoconstricción de las extremidades y la exacerbación del dolor con el ejercicio también son características de los ataques. Es controvertido, cuántas de estas

manifestaciones son necesarias para el diagnóstico de migraña. El comienzo es muy frecuente durante la infancia, pero muestra igual frecuencia durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Los antecedentes son muy variables; algunos individuos tienen ataques raros (por ejemplo uno a dos por año) otros más frecuentes. A menudo hay periodos prolongados de remisión. En alrededor del 10% de las mujeres afectadas, los ataques se agrupan regularmente alrededor del momento de los periodos menstruales y suelen desaparecer durante el embarazo. A menudo hay antecedentes de precipitación por una amplia variedad de estímulos, incluidos estrés emocional, pérdida del sueño o sueño excesivo, ingestión de ciertas sustancias alimenticias (sobre todo chocolate o vino tinto) golpes en la cabeza o luz brillante, dolores fuertes, esfuerzo excesivo o coito. ⁽⁷⁹⁾

Con frecuencia existen fuertes antecedentes familiares de cefalea severa, pero no se sabe cuál podría ser la predisposición hereditaria. Las advertencias del ataque se producen en algún momento en alrededor de un tercio de los pacientes migrañosos. En algunos estas crisis son raras, en otros son la norma. Por lo general, el aura es visual, descrita por los pacientes como “puntos”, “luces” o “líneas melladas”, a menudo de color. De modo característico, preceden a la cefalea en algunos minutos y suelen asociar con diversos tipos de alteraciones visuales: por lo general una hemianopsia, con menos frecuencia un escotoma central, parcial y rara vez ceguera cortical. Estos fenómenos suelen desaparecer con el comienzo de la cefalea, aunque la fotofobia durante un ataque es característica de la migraña. El aura visual de las crisis de migraña suele sobrevenir sin cefalea ulterior. Las auras que persisten durante horas tienen un carácter menos definido caracterizado por estados emocionales alterados, depresión o euforia, o dificultad de pensamiento. ⁽⁷⁹⁾

Cefalea de tipo tensional

A menudo estas cefaleas se asocian con contracción involuntaria de los músculos frontal y paravertebral cervicales y suelen ser dolorosos a la presión. En parte por este motivo, estas cefaleas han sido denominadas en el pasado “cefaleas por contracción muscular”. La clasificación más reciente las rotula de tipo tensional. Sin

embargo se desconoce en qué medida la contracción muscular inapropiada es un fenómeno primario y en qué medida es secundaria al dolor de cabeza de causa desconocida. En estas cefaleas el dolor suele ser de larga duración y se describe como tipo presión o tipo banda además de que no hay aura ni náuseas durante el ataque y con frecuencia parece haber una estrecha relación entre este tipo de cefalea y situaciones existenciales causantes de estrés. Este vínculo entre alteraciones emocional y cefalea parece particularmente firme en los pacientes más jóvenes. El aumento del estrés dentro de la familia y otros medios ha sido asociado con mayor comunicación de otros varios síndromes dolorosos en adolescentes. ⁽⁷⁹⁾

En los adolescentes, al igual que en los adultos, a menudo es difícil distinguir los episodios de cefaleas de tipo tensional de la migraña común. Algunos han sostenido que es un error asumir que las dos son entidades distintas y han adoptado la posición de que hay un espectro continuo, según la severidad, con la migraña en el extremo más severo y la tensión en el menos severo. Además, es más seguro que un gran porcentaje de adolescentes con migraña típica también presenta otras cefaleas menos severas sin características migrañosas, pero sin clara relación con el estrés. ⁽⁷⁹⁾

MAREOS

Es un término ambiguo, se define como la sensación de alteración de la posición en el espacio. Los episodios de mareo o de vértigo, son comunes en todas las edades y sobrevienen en numerosos tipos de estados fisiológicos. El verdadero vértigo obedece a unas alteraciones del sistema vestibular. El proceso patológico puede afectar al octavo par craneal propiamente dicho, el núcleo vestibular localizado en el tronco encefálico, o más rara vez, las conexiones centrales del sistema vestibular, fundamentalmente en el lóbulo temporal del cerebro. El resultado es una sensación subjetiva de giro o que el medio gira con diversos grados de velocidad y severidad. Otro indicio para el diagnóstico de vértigo verdadero es la exacerbación de los síntomas con los movimientos rápidos de la cabeza. Cuando es severo el vértigo de cualquier etiología se suele acompañar de náusea, vómito o ambos. Hay importantes

conexiones del sistema vestibular con el cerebelo, en particular con la línea media (vermis), que controla la postura. Por lo tanto, los mareos causados por la mala función del sistema vestibular suelen determinar inestabilidad de diversos grados al estar sentado, de pie o caminando, y también se observa nistagmus. ⁽⁷⁹⁾

Episodios de ansiedad: Con frecuencias estas crisis son descritas inicialmente como mareos. Están ausentes las características del vértigo verdadero; por lo general los adolescentes admiten síntomas de hiperventilación o sentimientos subjetivos de nerviosismo y a menudo, de la precipitación del mareo por ciertas situaciones de carga emocional. Los síntomas de este tipo son característicamente más duraderos que episódicos. En el paciente adolescente que refiere mareos, la anamnesis detallada ayudara a descartar estados que no son vértigo. Corresponde determinar la presión arterial en decúbito y de pie para descartar hipotensión ortostática. El tratamiento está orientado al trastorno causal. Si la crisis es autolimitada (cinetosis, neuritis vestibular), se suele obtener alivio sintomático mediante diversas medicaciones de venta libre, como dimenhidrinato o meclizina. En ciertos casos, deben de ser usados en grandes dosis en forma transitoria, y se debe advertir a los pacientes sobre la somnolencia con efecto colateral. ⁽⁷⁹⁾

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Las alteraciones del sueño en los adolescentes se pueden analizar desde la perspectiva de la clasificación de trastornos del sueño y el despertar de 1979. Esta clasificación comprende trastornos del inicio y el mantenimiento del sueño (insomnios), trastornos por sueños excesivos, alteraciones de los esquemas sueño-vigilia y disfunciones relacionadas con estadios del sueño o despertar parcial, conocidos como parasomnias. Las necesidades del sueño en los adolescentes y sus características de sueño han sido estudiadas. No parece haber diferencias relacionadas con el sexo en el sueño y el cambio evolutivo más dramático respecto al sueño es la disminución del sueño de onda lenta (episodios III y IV) durante la pubertad. La somnolencia en el adolescente normal es frecuente y puede estar relacionada con factores de la sociedad o de los pares y que el factor dominante es

una reducción gradual del tiempo de sueño. En estudios efectuados en estudiantes secundarios y universitarios, se ha observado inquietud por la mayor necesidad de dormir e insatisfacción por la calidad del sueño. ⁽⁷⁹⁾

TIPOS DE ALTERACIONES DEL SUEÑO

Hasta el 20% de los adolescentes puede presentar insomnio en forma aguda o crónica. En la mayoría de los casos el origen del síntoma refleja el estrés psicológico de este periodo de maduración. En algunos casos las siestas excesivas pueden tener una participación en la dificultad presentada para conciliar el sueño nocturno. Los trastornos que alteran el sueño pueden ser responsables del problema. Las drogas, sobre todo el alcohol, pueden provocar alteración del sueño. La somnolencia diurna excesiva es en algunas circunstancias una consecuencia de trabajar en más de un empleo, además de tener un periodo de sueño acortado. Es necesario un análisis de los factores responsables del insomnio y el uso de tratamiento psicológico o medico apropiados, o ambos.

Además de la somnolencia que aparece durante la adolescencia como consecuencia del sueño insuficiente, la narcolepsia y la apnea han sido asociadas la mayoría de las veces con somnolencia diurna excesiva. La narcolepsia es un trastorno crónico que suele comenzar durante la segunda infancia o la adolescencia. Se desconoce su causa exacta. Los que tienen este problema presentan somnolencia constante y ataques de sueño irresistibles, que pueden ser demorados en algunos casos por la actividad física. Las tareas repetitivas, sedentarias, estereotipadas aumentan la tendencia al ataque de sueño. Estos ataques recurrentes suelen someter al adolescente a estrés psicológico significativo. Los fármacos utilizados para reducirlos síntomas narcolepticos son el metilfenidato y la pemolina. Son esenciales el apoyo psicológico a largo plazo del adolescente y el uso de medicación.

Las parasomnias comprenden pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, y enuresis. Las pesadillas sobrevienen a todas las edades y aparecen en cualquier momento durante la noche. Por lo general se asocia con sueño REM. Los sueños vividos desagradables, cuando son recordados, se caracteriza con frecuencia por

temores de persecución, lesión personal y muerte. La abstinencia de ciertas drogas, sobre todo alcohol y sedantes, puede desencadenar pesadillas. Una causa frecuente durante la adolescencia es el estrés. La mejor forma de explorar las pesadillas repetitivas es mediante una revisión de las posibles áreas de estrés existencial y ansiedad antes de comenzar el tratamiento. ⁽⁷⁹⁾

La enuresis nocturna suele aparecer durante la infancia pero puede persistir hasta la adolescencia. En algunos el problema es habitual y recurrente. A menudo hay antecedentes familiares de este problema, y en ciertos casos se observaron otros trastornos del sueño asociados. La enuresis puede ser primaria o secundaria. Durante la adolescencia, puede haber enuresis en el contexto del síndrome de apnea del sueño. Se considera que la enuresis secundaria obedece a una mala adaptación para hacer frente al estrés existencial. Dados los factores psicológicos asociados con la enuresis secundaria, la psicoterapia suele formar parte del esquema de tratamiento. La imipramina es un fármaco que se ha utilizado para el manejo de la enuresis en el niño mayor y el adolescente. De modo similar se ha observado que el cloruro de oxibutinina es efectivo. Los antidepresivos tricíclicos, incluidas la imipramina o la desipramina, pueden ser útiles para casos breves de terapia. ⁽⁷⁹⁾

DEPRESION: UNIPOLAR Y BIPOLAR

CRITERIOS DE DEPRESION Y TRASTORNO BIPOLAR

Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa:

- 1.-Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día como lo indica el paciente o lo observado por otros. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable,
- 2.- disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades,
- 3.- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un peso de más de 5% del peso corporal en un mes) o perdida o aumento del apetito,
- 4.-insomnio o hipersomnias,
- 5.- agitación o enlentecimiento

psicomotores, 6.- fatiga o pérdida de energía, 7.- sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, 8.- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, 9.- pensamientos recurrentes de muerte. ⁽⁹²⁾

No es infrecuente que el adolescente sea el que mejor transmita el estado afectivo interno (es decir el estado de ánimo deprimido o la incapacidad para experimentar placer) y los padres los que mejor comunican la conducta de aquel (estallidos de ira, menor socialización, etc.) el médico debe aplicar si mejor criterio clínico, que varía según los distintos síntomas y los distintos adolescentes. ^(17, 18, 20, 27, 28, 79, 89)

Aun se desconoce la fisiopatología de los trastornos afectivos; por lo tanto los factores etiológicos solo se conocen en un sentido estadístico. Cuando el clínico está atendiendo a un adolescente con depresión que tiene firmes antecedentes familiares de trastornos afectivos, una familia y un medio social difíciles, y factores de estrés psicosocial recientes, la causa de la depresión del adolescente permanecerá desconocida para siempre. No obstante los estudios epidemiológicos aportan un conocimiento estadístico de correlatos y posibles causas de depresión. En algunos estudios otros factores asociados a la depresión en el niño y en los adolescentes con la disfunción familiar y la baja autoestima del individuo. Sin embargo estos estudios no permiten distinguir si un sujeto tenía baja autoestima antes del comienzo de la depresión y después presentó depresión o viceversa. Es interesante el hecho de que en su estudio sobre depresión adolescente, los bajos cocientes de inteligencia y la mala salud física no son factores de riesgo de depresión per se. ^(17, 18, 20, 27, 28, 79, 89)

El adolescente deprimido puede sentir que el contexto escolar despierta ansiedad, porque las tareas que antes eran fáciles resultan ahora difíciles y se realizan con muchos más errores. La depresión puede inferir de varias maneras en la escuela: disminuye el rendimiento cognitivo eran tareas que exigen concentración, velocidad de procesamiento y memoria, cuando un sujeto está deprimido es más sensible a la reacción de los demás y presenta una mayor probabilidad al rechazo; las experiencias se valoran en forma más negativa, de modo que hasta los sucesos naturales pueden adquirir un carácter adverso. En consecuencia el adolescente

deprimido ya no puede alcanzar el mismo nivel, es más sensible a las burlas y los desaires leves en la interacción social y evalúa negativamente el desempeño personal. En virtud de la magnitud y la tendencia creciente de la depresión en la población adolescente y las dificultades concomitantes para la salud de estos individuos, es prioritario enfocar los esfuerzos en la detección oportuna y la prevención del padecimiento para reducir los riesgos en el desarrollo psicosocial. ^(17, 18, 20, 27, 28, 41, 79, 89)

SUICIDIO Y CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es un problema característico de la adolescencia. Los intentos de suicidio, son bastante infrecuentes antes de la pubertad; la incidencia aumenta a los 12-13 años de edad y alcanza un pico entre los 16-17 años antes de declinar a niveles más bajos en la edad adulta. Los adolescentes que intentan suicidarse representan las derivaciones por emergencia o crisis a programas ambulatorios médicos y psiquiátricos y conductuales para adolescentes, y una alta proporción de los internamientos en unidades médicas generales y psiquiátricas para adolescentes. ^(17, 18, 71, 72, 79)

Los intentos de suicidio consumados comienzan a surgir con cierta frecuencia durante la adolescencia inmediata y alcanza una incidencia pico a principios de la tercera década, que se mantiene durante la mayor parte del resto de la vida adulta. Aunque esto no se adapta mejor a un modelo de enfermedad adulta que con menos frecuencia tiene su comienzo precoz durante la adolescencia, el suicidio es una de las tres causas más importantes de mortalidad en los adolescentes. Los intentos de suicidio y los suicidios consumados guardan una estrecha relación. ^(17, 18, 71, 72, 79)

El suicidio es poco habitual antes de la pubertad y se torna cada vez más frecuente en la adolescencia, con la tasa más pronunciada de aumento después de los 16 años. Más de la mitad de los adolescentes que cometen suicidio tienen 18 o 19 años. Una probable razón de rápido aumento de las tasas de suicidio después de los 16 años es la creciente importancia del alcohol y las drogas como factor de riesgo; el abuso de ambos es más común entre los adolescentes mayores que entre los más

jóvenes. La mayoría de los adolescentes cometen suicidio poco después de sufrir un estrés agudo. Otras causas comunes son la humillación inferida por los pares, como ser expulsado de una fiesta, perder una pelea con un par, una amenaza de ruptura o una ruptura real con el novio o la novia, o la aproximación de un evento que ha sido anticipado con temor. Se observa una tasa significativamente más alta de suicidios consumados y de intento de suicidio en los familiares directos de los adolescentes que intentan o logran suicidarse. Los antecedentes familiares positivos son muy comunes en adolescentes que estaban deprimidos en el momento de su muerte. (17, 18, 71, 72, 79)

Estudios en pacientes de servicios médicos de adolescencia y psiquiátricos sugieren que los adolescentes que intentan suicidarse caen dentro de uno de dos grupos. El primero integrado predominantemente por adolescentes mayores, que tienen mayor probabilidad de presentar una enfermedad psiquiátrica definida (la mayoría de las veces depresión), indica sentimientos de desesperanza y desesperación, y han hecho un intento potencialmente letal. Muchos son drogadictos alcohólicos. El segundo grupo es más común y consiste en individuos más jóvenes, sobre todo del sexo femenino. Estos individuos efectúan intentos menos serios, que suelen ser precipitados por una crisis interpersonal aguda. Es probable que tengan un diagnóstico de trastorno adaptativo. (17, 18, 71, 72, 79)

Siempre que el adolescente pertenezca a la categoría de alto riesgo, está indicada la internación. No se debe dar de alta del servicio de urgencia o del consultorio del médico a ningún adolescente que intenta suicidarse, sin antes solicítale sus antecedentes al padre y al prestador, así como al adolescente mismo. Es habitual usar un enfoque orientado al problema basado en la evaluación del estado mental del adolescente, las circunstancias que lo llevaron al intento, la situación familiar, el estado psiquiátrico de los padres y el carácter de las interacciones familiares. Se ha recomendado tanto terapia de la conducta como familiar para reducir el conflicto padre-adolescente. Se ha recomendado la terapia de conducta cognitiva con el objeto de investigar las opciones de que dispone el paciente adolescente. En ocasiones se utiliza terapia de grupo cuando hay necesidad de reducir la sensación

de aislamiento o brindar apoyo por parte de los pares y oportunidades para compartir problemas. (17, 18, 71, 72, 79)

ANSIEDAD ESCOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Un adolescente que se niega a asistir a la escuela representa un desafío significativo para los padres del joven, el personal de la escuela, los especialistas en salud mental y los médicos clínicos. Es un problema que puede ejercer una profunda repercusión sobre la capacidad del adolescente para completar importantes tareas del desarrollo, entre ellas la separación de la familia y el establecimiento de independencia con menor supervisión de los adultos. Además la negativa persistente a asistir a la escuela es un factor predictivo de un éxito limitado en la vida, considerando que ejerce un efecto negativo sobre el nivel de empleo y la adaptación social a la edad adulta. Los adolescentes con antecedentes prolongado de ausencia escolar tienen ingresos significativamente menores como adultos, presentan el doble de la tasa de problemas de conducta y sufren más trastornos psiquiátricos por ansiedad y depresión que los adolescentes que asisten a la escuela con regularidad. Para el médico clínico, es una de las alteraciones de salud mental más importantes durante la adolescencia. (33, 79)

Los adolescentes que se niegan a asistir a la escuela presentan trastornos de ansiedad; son un pequeño porcentaje de la población escolar, pueden presentar una proporción significativa de la población adolescente que ésta en contacto con médicos clínicos. Al hablar con el médico a la vez se refiere a sus experiencias emocionales, sino a molestias somáticas. Menudo describen vagamente dolores de estomago, cefaleas y otros dolores. Los adultos responsables de su cuidado suelen consultar a los médicos para solicitar su evaluación y asesoramiento. En consecuencia los síntomas somáticos persistentes y el contacto con un medico pueden servir como un signo precoz de rechazo escolar. (33, 79)

Los trastornos psicológicos que interfieren con la asistencia a la escuela o con la práctica de tareas educacionales y sociales en él tienen una repercusión sustancial sobre el éxito y la adaptación del adolescente. La ansiedad por separación, el

trastorno por ansiedad excesiva y el rechazo escolar ejercen un importante impacto de este tipo.

Los adolescentes con trastornos de ansiedad por separación (TAS) no suelen demostrar una conducta llamativa mientras la figura vincular principal está presente. Por lo general, puede permanecer en una parte diferente de la casa, viajar a otros lugares, hablar y comportarse con libertad y, en ocasiones, incluso asistir a la escuela cuando saben dónde está la figura vincular principal. A menudo sobreviene rápidamente angustia y alteraciones de la conducta ante la perspectiva de separación. En las formas más leves, es posible tolerar breves periodos de separación, el adolescente puede retornar a otras actividades o telefonar con frecuencia para asegurarse de que el padre está a salvo. La perspectiva de separación provoca angustia y con frecuencia el adolescente manifiesta intensos problemas de conducta, ya que puede tratar de evitar la separación con bastante intensidad. En muchos casos el adolescente con TAS puede tornarse posesivo y evitar que el padre tenga trabajo y una vida social normales. En consecuencia el trastorno puede ejercer serios efectos al contribuir a la ruptura de las relaciones conyugales familiares. ^(33, 79)

El trastorno por ansiedad de separación es una causa importante de rechazo escolar durante la adolescencia, teniendo en cuenta que la escuela es simplemente uno de los muchos contextos en los que se plantean las inquietudes de separación. Esto provoca en ocasiones ansiedad acerca de las asignaturas escolares y el contacto social con los maestros y los pares. No se conoce con claridad el desarrollo de los trastornos de ansiedad en los niños y en los adolescentes. Existen muchas teorías, pero ninguna cuenta con un aval inequívoco. Es útil agrupar estos trastornos en cuatro grupos: 1.-fisiológicos, 2.- de desarrollo cognitivo, 3.-psicodinámicos y 4.- aprendizaje y construcción de modelos. Por supuesto es posible que todas las teorías sean útiles y expliquen algún aspecto de los trastornos por ansiedad. ⁽⁷⁹⁾

Los enfoques usados en el tratamiento de los trastornos por ansiedad y rechazo escolar han variado. Los enfoques psicodinámicos intensivos exploran las fuentes

inconscientes de ansiedad a través de la asociación libre el análisis y la interpretación de los sueños. Se comunica que a revelación de las fuentes inconscientes de ansiedad reduce su control sobre la conducta. Las técnicas de terapia conductista aplican procedimientos de relajación, exposición situaciones temidas, entrenamiento en aptitudes para mejorar las respuestas sociales y procedimientos operativos con el objeto de favorecer la motivación para enfrentar situaciones que despiertan ansiedad. También se ha recurrido a la terapia familiar que es la que realiza el médico de primer nivel sobre todo el medio familiar. Esta intenta modificar las relaciones de familia para asegurar que 1.-Los padres son la autoridad establecida, 2.- Los padres están trabajando con objetivos compartidos en la crianza de los hijos, y 3.- Todas las relaciones se llevan a cabo de manera tal que favorece el contacto normal con el ambiente del adolescente. ^(33, 79)

BAJO RENDIMIENTO Y DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Se estima que no menos del 20% de la mayoría de los estudiantes tiene dificultades para desempeñarse en la escuela en un nivel apropiado para la edad. En algunos el desempeño por debajo de lo normal se debe a problemas emocionales o de conducta. En otros hay factores familiares, sociales o culturales que contribuyen al bajo rendimiento. Algunos adolescentes manifiestan déficit específico en su desempeño de aprendizaje. El sistema familiar, la comunidad y el ambiente escolar ejercen repercusión sobre los valores, la motivación y el desempeño del adolescente en la escuela. Cuando un individuo presenta bajo rendimiento, se lo deben considerar a todos. El estrés económico, ambiental o emocional dentro de la familia puede provocar disfunción escolar en el adolescente. El interés de los padres en el éxito educacional del adolescente y el nivel de valor que se le asigna también pueden tener una gran influencia sobre el impulso y la motivación individuales en la escuela. El valor de la educación mantenida por individuos en la comunidad ejerce un impacto igualmente importante sobre el adolescente. Quizás este impacto es mayor cuando proviene de los pares. ^(20, 79)

Cuando se evalúa a un adolescente por dificultades escolares, sobre todo si estas se asocian con problemas de conducta en la escuela o con la familia, o ambos, el clínico debe considerar la posibilidad de una dificultad de aprendizaje. Esta posibilidad es aún mayor cuando el paciente adolescente también presenta evidencias clínicas de trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Son esenciales los antecedentes obtenidos de la familia, además de una revisión de los registros escolares y cualquier informe de evaluación de la escuela. Deben buscarse inconsistencias en el desempeño y el clínico debe descartar cualquier trastorno médico que pudiese explicar las dificultades escolares. Si los antecedentes y las observaciones clínicas sugieren una dificultad de aprendizaje, el clínico desempeña un papel clave en alertar y educar a los padres, de modo que puedan solicitar a sus sistemas escolares estudios diagnósticos formales y servicios esenciales para brindar las intervenciones requeridas. ^(20, 79)

Los padres deben tratar de entender las aptitudes y las dificultades del aprendizaje de sus hijos para poder incentivar los puntos fuertes del adolescente y tratar de entender y compensar las dificultades. Si hay problemas, deben ser encarados en un plan terapéutico multimodal. Al realizar terapia individual, de grupo, familiar o conductista es importante que el clínico tenga conciencia de la repercusión de las dificultades de aprendizaje sobre la vida del individuo y sobre el tratamiento propiamente dicho. ^(20, 79)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Asistencia médica al adolescente pone en función el modelo biopsicosocial y puede ser aplicado al encuentro con cualquier paciente, ya sea que la consulta se efectuó solo con el adolescente, o con su familia o amigos. Comprende la unificación de información acerca de las relaciones familiares actuales; patrones de salud, enfermedad y relaciones entre las generaciones; y sobre todo, los antecedentes del enfoque de la familia respecto de la adolescencia y la separación en generaciones previas. Esta información ayuda al médico a comprender las dificultades del adolescente y elaborar un plan terapéutico que pueda aprovechar los puntos fuertes de este y las personas que lo cuidan y lo rodean. ⁽²¹⁾ La familia actúa como un agente ideológico que transmite y perpetua las normas y acciones sociales de su familia, una muestra de ello son los “valores familiares”, y de acuerdo a como la familia incorpora sus valores sociales se determinara el éxito o el fracaso al enfrentar los problemas que amenacen su estabilidad, bienestar o propia imagen.

Surge la necesidad de realizar un trabajo de investigación en el que se identifiquen los factores que desencadenan estrés en el adolescente, con la finalidad de orientar y prevenir la presencia de patologías; propiciar que se cumplan las necesidades básicas de la adolescencia, identidad de género y proyecto de vida.

Se ha identificado algunas variables de la interacción familiar que pueden ocasionar estrés entre sus miembros por ejemplo: la comunicación, la discapacidad, la muerte de alguno de los miembros, divorcio, bajo rendimiento escolar, dificultades económicas, alteraciones en la cohesión familiar por la separación de sus miembros por motivos de estudio y trabajo, la dispersión, la unión libre, entre otras, las cuales ocasionan cambios importantes del diseño familiar que propician situaciones de estrés. La diversidad de los contextos sociales en los que se desarrolla la interacción de las personas, son potenciales productores de estrés, el contexto laboral y escolar, suelen ser los ambientes de mayor relevancia sobre todo por ser en los que más tiempo se desarrolla la actividad individual.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país existen alteraciones en la salud de las cuales el estrés ha sido el principal causante de diversas enfermedades en niños, adultos y adolescentes, muchas de las patologías que afectan al adolescente son provocadas por el estrés, como la escuela, el entorno, la inseguridad y la familia, influyen en el adolescente, ya sea como factor causal o como factor que ayude a disminuir y enfrentar el estrés, el cual al no ser manejado adecuadamente por el adolescente o su familia condiciona modificaciones en el estilo de vida con la consecuente aparición de hábitos que pueden ser nocivos y predisponer a la aparición de diversas patologías.

Durante esta etapa del desarrollo surge, el conflicto de dependencia-independencia de los padres y se van consolidando determinados hábitos. Progresivamente los adolescentes van descubriendo su identidad y su ubicación social; a la par que se plantean cuestiones relacionadas con su imagen corporal, pueden experimentar con tóxicos o exponerse a otras prácticas de riesgo. Se inicia su integración en colectivo, que tras pasar por un periodo de adaptación al grupo, se acaba identificando notablemente con este, llegando al punto en que la opinión de los amigos va a ser más importante que la de sus padres. ⁽⁷⁸⁾

Debido a la gran cantidad de cambios y procesos que ocurren durante la adolescencia, esta se convierte en una etapa de la vida en la que puede aumentar la exposición a situaciones que resultan difíciles de afrontar y, en consecuencia se vuelven fuente de estrés; por ello es conveniente analizar de manera cuidadosa las expresiones afectivas, cognitivas, somáticas y conductuales atribuibles a la adolescencia que pueden relacionarse con consecuencias en la salud emocional a corto y mediano plazo. ⁽⁴¹⁾

La investigación sobre estrés presta atención a los aspectos temporales. Esto no significa únicamente que se realicen estudios con diseño longitudinal para identificar relaciones causales entre estresores y consecuencias. Implica también la consideración de la orientación hacia el futuro de las personas en lo que se refiere a

las vivencias de estrés y los comportamientos para prevenirlo. Siguiendo este argumento, la evaluación del estrés no sólo debería considerar una perspectiva en el presente, sino orientada al futuro. En muchos casos, son los planes e intenciones personales los que dan sentido a la situación. La valoración de una situación como amenazante o como oportunidad, a menudo estará influida por lo que se espera de ella. Es importante analizar las fuentes de estrés potenciales en su carácter de amenaza o de oportunidad que pueden ser anticipados en relación con los planes, intenciones, y expectativas personales. La investigación habrá de clarificar la manera en la que los adolescentes pueden beneficiarse de la anticipación de acontecimientos futuros deseados o temidos, previniendo sus efectos negativos y fomentando los positivos. Es necesario un enfoque anticipatorio y proactivo del estrés si cabe esperar el desarrollo y crecimiento personal como resultado del mismo. Es por ello que se debe investigar cuales son las etiologías del estrés en el adolescente, para que el médico de primer nivel pueda identificarlos y diferenciarlos de los trastornos orgánicos causados por otra etiología y así determinar en qué momento se debe realizar una intervención por un padecimiento orgánico, y en qué momento necesita el paciente apoyo social por parte de la misma familia y amigos. La salud integral va a comprender, el bienestar físico, social y mental del adolescente, que incluye su desarrollo educativo y la adecuada participación en la comunidad. La salud se podrá ver comprometida, desde lo biológico, lo psicológico y lo social, por lo que no solo se va a expresar como una enfermedad orgánica, sino en la modificación de sus comportamientos. Previniendo el origen de alteraciones en el proceso salud-enfermedad o la aparición de patologías que son originadas por estrés. El médico familiar puede detectar los factores desencadenantes de estrés en los adolescentes, pero sobre todo que pueda tratarlo y prevenirlo con apoyo de la familia del adolescente.

Se trabajó con un grupo de adolescentes de una escuela preparatoria, de la ciudad de México, perteneciente a la delegación Gustavo A. Madero, en el Distrito Federal. A quienes se les aplicó un cuestionario con el fin de identificar las causas de estrés.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores desencadenantes de estrés en el adolescente

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificación de factores familiares como desencadenantes de estrés en el adolescente
- Identificar los factores sociales que pueden ocasionar estrés en el adolescente
- Mencionar síntomas frecuentes asociados al estrés en el adolescente

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación prospectiva, descriptiva, transversal

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito es identificar las fuentes de estrés en el adolescente; en un grupo de estudiantes de una escuela nacional preparatoria perteneciente a la Delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México durante los meses de enero-abril del 2010, con una población de 300 Adolescentes

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Trabajo realizado en el Distrito Federal, en la Delegación Gustavo A. Madero, en una escuela preparatoria, a alumnos de quinto y sexto semestre, en los meses de enero a abril de 2010

2.4 MUESTRA

Se tomo en cuenta a todos los alumnos de quinto y sexto semestre de la Escuela Nacional Preparatoria No 3, siendo un total de 300 alumnos con edades entre 16 y 18 años

2.5 CRITERIOS

2.5.1 INCLUSIÓN

- Adolescentes de una escuela preparatoria No 3
- Ambos sexos
- Que deseen participar en el estudio
- Turno vespertino

2.5.2 EXCLUSIÓN

- Que no sean adolescentes
- Que no deseen participar en el estudio

2.5.3 ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios incompletos
- Aquellos que decidieron suspender la aplicación del instrumento o cuestionario

2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

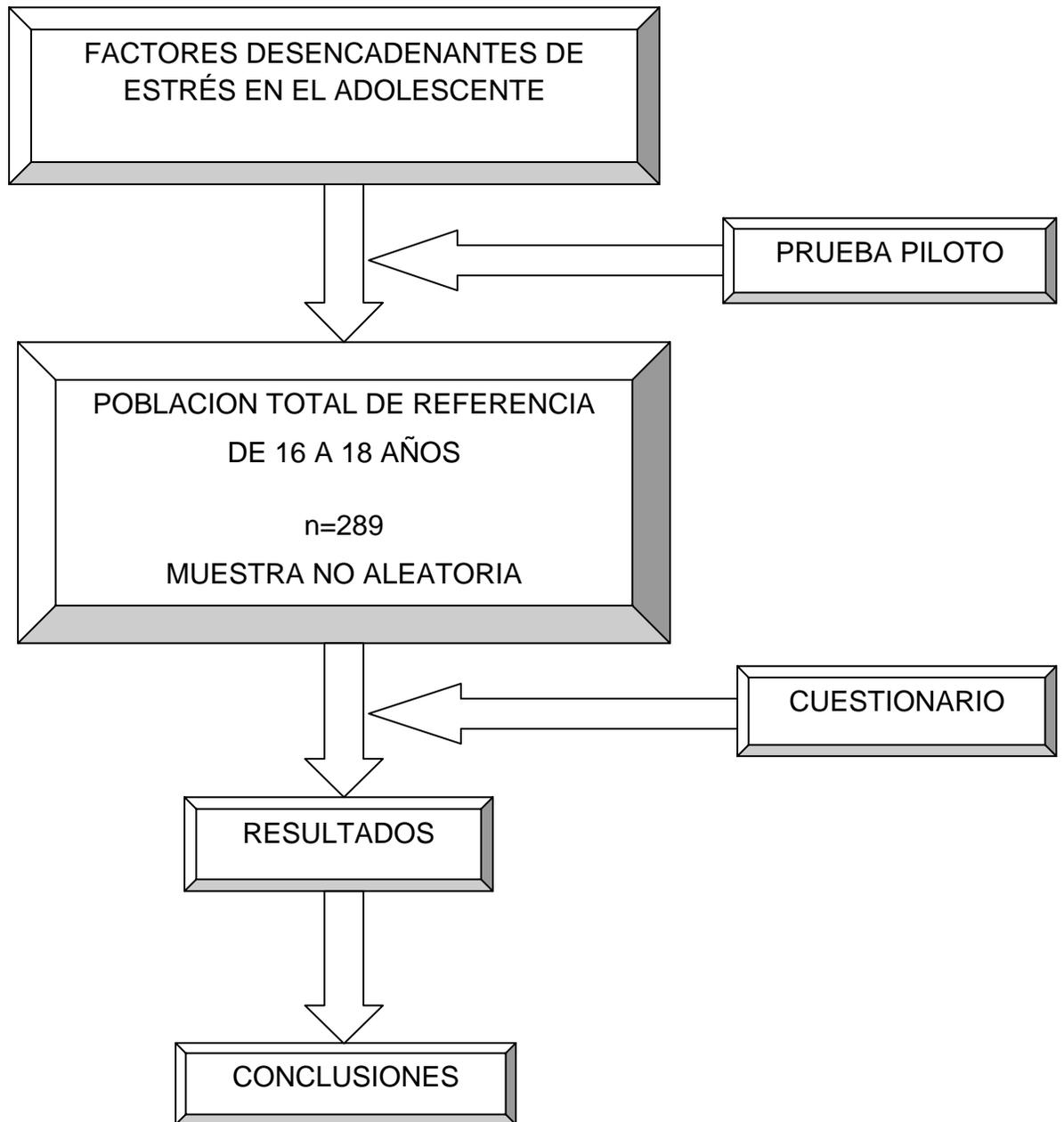
Variable	Tipo	Escala
Edad	Cuantitativo	Ordinal
Sexo	Cualitativo	Nominal
Ambiente	Cualitativo	Nominal
Escuela	Cualitativo	Nominal
Estilo de vida	Cualitativo	Nominal
Estrés	Cualitativo	Nominal
Familia	Cualitativo	Nominal
Personalidad	Cualitativo	Nominal
Relaciones	Cualitativo	Nominal
Sexualidad	Cualitativo	Nominal
Síntomas	Cualitativo	Nominal

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Adolescencia:	Etapa de cambios físicos, cognoscitivos y emocionales que constituye el crecimiento de la niñez a la edad adulta.
Ambiente:	Es un conjunto de factores externos, elementos y fenómenos tales como el clima, el suelo, otros organismos, que condicionan la vida, el crecimiento y la actividad de los organismos vivos. Se denomina también al entorno de los seres vivos y la interrelación existente entre ellos. En la Teoría general de sistemas, un <i>ambiente</i> es un complejo de factores externos que actúan sobre un sistema y determinan su curso y su forma de existencia. Un ambiente puede tener uno o más parámetros, físicos o de otra naturaleza. El ambiente de un sistema dado que debe interactuar necesariamente con los seres vivos.
Escuela:	nombre genérico de cualquier centro docente
Estilo de vida:	Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud.
Estrés:	Respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles). Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida.
Familia:	Grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción. Aquí nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que

	vivan bajo el mismo techo.
Personalidad:	Es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. También es conocida como un conjunto de características físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único.
Relaciones:	Cualquier tipo de interacción del ser humano de forma directa o indirecta, entre uno o más individuos, mediante la cual, se busca cubrir las necesidades de los mismos.
Sexualidad:	Conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marca de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Considerada a lo largo de la historia como una fuerza natural e innata, cada vez más se llega al convencimiento de que en ella también intervienen las influencias sociales.
Síntomas:	Son manifestaciones de los procesos vitales alterados.

2.8 Diseño estadístico



2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(VER ANEXO 1)

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se aplicó un cuestionario a un grupo de adolescentes de ambos sexos con edades entre 16 a 18 años, estudiantes de una escuela preparatoria de los grupos de 5º y 6º semestre, con la finalidad de determinar los factores que se les desencadena estrés, el instrumento consta de ocho apartados (estilo de vida, ambiente, síntomas, ambiente escolar, relaciones interpersonales, personalidad, sexualidad y familia), para ello se solicitó permiso a las autoridades de la escuela preparatoria, explicando que el trabajo es con fines de investigación médica, previamente aceptado por el comité de ética de la clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS

Sesgo de información: este sesgo es inevitable, ya que está sujeto a la información que proporcione cada adolescente encuestado.

Sesgo de selección: este sesgo está presente ya que se seleccionaron adolescentes entre 16 a 18 años en donde hay alumnos de mayor o menor edad.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se utilizó un cuestionario para detectar factores que desencadenan estrés en el adolescente, obtenido de un libro de la Facultad de Psicología llamado “Sin Estrés” Nuevo estilo de vida. ⁽⁸⁵⁾

Se realiza una prueba piloto, aplicando un total de diez cuestionarios el 11 de febrero del 2010, obteniendo los siguientes resultados: el tiempo en que se contestó el cuestionario fue de 30 minutos, con respuestas más específicas y sin dudas aparentes; por último se agregan dos reactivos más para valorar si la agresión por parte de otros adolescentes es física y/o verbal. Obteniendo un total de 126 preguntas con las cuales se decide iniciar el trabajo de investigación con este instrumento.

Se inicia la aplicación del cuestionario en la primera quincena del mes de marzo de 2010 a los adolescentes de la Escuela Preparatoria, un total de 300 alumnos de quinto y sexto semestre, con edades entre los 16 a los 18 años de edad, se contesta el cuestionario en un tiempo de entre 20 y 30 minutos, sin presentar problemas durante la aplicación del mismo.

2.13 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Análisis de resultados a través de la estadística descriptiva con variables cualitativas. Expresadas en medidas de resumen: frecuencias y porcentajes.

2.13.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

(VER ANEXO 2)

2.14 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se utilizó una laptop, impresora y hojas blancas, así como copiadora, grapas y bolígrafos que fueron financiados por el investigador.

2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- **LEY GENERAL DE SALUD**

El presente trabajo se realizó de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de abril de 2010 y entrara en vigor el 24 de octubre del mismo año referente al Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 96, categoría I, II, III, IV, V Y VI que dice:

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

A la producción nacional de insumos para la salud.

Y el Artículo 100, categoría I, II Y III que dice:

La investigación en seres humanos se desarrolla conforme a las siguientes bases:

Debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

Poder realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

Poder efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

- **LEY DE HELSINKI**

Este trabajo también se realizó de acuerdo a las consideraciones contenidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª asamblea general de mundial de Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos. Se considero la nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM en Washington 2002, La Nota de Clarificación del Párrafo 30, en Tokio 2004 de finalmente de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 Siguiendo los puntos 10, 13, 20 y 21 del inciso B sobre los Principios para Toda Investigación Médica.

“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.”

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

- **CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA**

Establecido en el artículo 100, del Título Quinto (Investigación para la Salud), Capítulo cinco, Categoría IV que dice:

“Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;”

- **ACEPTACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE**

El estudio se llevo a cabo con previa autorización del Comité de Ética de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE y se solicitó consentimiento de participación voluntaria a cada adolescente.

3. RESULTADOS

De 300 adolescentes a los cuales se les aplicó cuestionario para identificar factores desencadenantes de estrés, se eliminaron 11, nueve por no contar con la edad que se necesita para el trabajo de investigación, dos se eliminaron por contestar el cuestionario en todas las respuestas con NUNCA. Obteniendo un total de 289 adolescentes para el estudio siendo este el 100% de la muestra.

La edad promedio en años encontrada es de 16 años: 120 alumnos (41.5%), de 17 años: 106 (36.7%), y de 18 años: 63 (21.8%).

Se trabajó con 181 adolescentes del sexo masculino (62.6%) y 108 adolescentes del sexo femenino (37.4%), de los cuales 180 cursan el quinto semestre de preparatoria con un (62.3%) y 109 cursan el sexto semestre (37.7%).

ESTILO DE VIDA:

CUADRO 1: Vivo en:

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa	218	75.4
Departamento	61	21.1
Cuarto sólo	1	0.3
Cuarto compartido	9	3.1
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

75.4 %viven en una casa, de los cuales 74 % es propia

256 (88.6%) Cuentan con todos los servicios

CUADRO 2: Vivo con:

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo	4	1.4
Con padres	237	82.0
Con familiares	47	16.3
Con amigos	1	0.3
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

CUADRO 3: ¿Con que familiares vive el adolescente?

RESPUESTA PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sólo sin familiares	2	0.7
Sólo con padre	2	0.7
Sólo con madre	23	8.0
Padre y hermanos	1	0.3
Madre y hermanos	21	7.3
Sólo con tíos	1	0.3
Con tíos y primos	27	9.3
Con padres y hermanos	211	73.4
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

212 (73.4%) refieren que ambos padres los sostiene económicamente, 79 (27.3%) los sostiene sólo el padre y 55 (19.0%) sólo su madre

Con respecto a los padres 199 (68.9%) son casados, 41 (14.2%) vive con un sólo padre por situaciones de abandono o fallecimiento; y 31(10.7%) son separados; en caso de vivir con un solo padre; 43 (14.9%) responden que viven sólo con madre y 29 (10.0%) con madre separada y 203 (70.2%) con ambos padres

CUADRO 4: ¿Cuándo esta tenso y estresado qué hace?

RESPUESTA PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consumo medicamentos o drogas	13	4.5
Distraerme	54	18.7
Descansar y relajarse	76	26.3
Dormir	33	11.4
Divertirme	11	3.8
Escuchar música o tocar música	58	20.1
Tareas	2	0.7
Jugar videojuegos	7	2.4
Todas las anteriores	35	12.1
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

Llama la atención que 13 adolescentes (4.5%) refieren consumir medicamentos o drogas.

CUADRO 5: ¿Causas de estrés de los adolescentes?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escuela, tareas o calificaciones	219	75.8
Discusiones familiares	53	18.3
Lugares concurridos	8	2.8
Ruido	7	2.4
Competencias	2	0.7
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

El 75% de los adolescentes refiere que el ambiente escolar los estresa.

Los adolescentes refieren en su mayoría sufrir de irritabilidad cuando se estresan, o una combinación con falta de concentración, nerviosismo, dolor de cabeza o dolor muscular en el cuello.

CUADRO 6: ¿Qué hacen los adolescentes cuando tienen estrés?

RESPUESTA PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relajarme	99	34.3
Reflexionar	76	26.3
Pensar	54	18.7
Masticar goma	32	10.8
Gritar	19	6.6
Auto agredirme	8	2.8
Beber agua	2	0.7
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

Llama la atención que (2.8%) de ellos refiere auto agredirse físicamente para tratar de eliminar el estrés.

Se menciona que los adolescentes expuestos a la violencia en la familia o la escuela presentan más conductas agresivas y antisociales conjuntamente con conductas de inhibición y miedo, que los que no sufrieron tal manifestación de agresión, presentan menor capacidad de competencia social, y más bajo rendimiento académico. Y estas consecuencias se han relacionado con la aparición de disfunciones sexuales, baja auto estima, autolesiones o inicio de actividad sexual en la adolescencia temprana como consecuencia. ^(2,5)

CUADRO 7: ¿Cuánto tiempo le dura el estrés a los adolescentes?

RESPUESTA DE PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 5 minutos	17	5.9
10 a 15 minutos	32	11.1
20 a 30 minutos	66	22.8
1 hora	80	27.7
Horas	45	15.6
Días	49	17
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

CUADRO 8: ¿Qué actividad realizo para calmar mi estrés?

RESPUESTA DE PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estar en un lugar silencioso	74	25.6
Ir a un lugar para distraerme	108	37.4
Salir con amigos	66	22.8
Realizar respiraciones	41	14.2
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

De los 289 adolescentes, 7 (2.4%) refieren tomar algún medicamento para calmar el estrés.

CUADRO 9: ¿Qué tipo de medicamento?

RESPUESTA DE PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ningún medicamento	282	97.6
Analgésicos	4	1.4
Tranquilizantes	2	0.7
Antidepresivos	1	0.3
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

7 adolescentes toman medicamentos para calmar el estrés, uno de ellos antidepresivos.

69 (24.0%) adolescentes refieren fumar cuando están estresados

30 (10.0%) Toman bebidas alcohólicas para relajarse cuando se sienten estresados

CUADRO 10: ¿Qué tipo de hobby?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Jugar videojuegos	66	22.1
Salir con amigos	43	14.9
Caminar	47	16.3
Tocar la guitarra o escuchar música	32	11.1
Natación o bailar	42	14.5
Deportes de contacto	56	19.4
Dibujar	5	1.7
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

Refieren 192 (66.5%) practicar un hobby o afición para relajarse cada vez que se encuentran estresados, siendo los videojuegos (22.1%) una de las principales actividades.

116 (40.1%) de los adolescentes refieren comer con prisa cuando están estresados

AMBIENTE

182 (62.9%) refieren que les estresa que alguno de los miembros de la familia grite en casa. En 50 adolescentes (17.3%), refieren sentir la necesidad de más espacio en su casa porque les estresa estar en un lugar pequeño.

122 (42.2%) de los adolescentes mencionan estresarse al no contar con las cosas personales que necesitan para sus necesidades. Así como un 100 (34.6%) refieren que les estresa que su habitación no esté limpia y ordenada.

En 176 adolescentes (60.9%) refiere relajarles la atmosfera hogareña cuando están estresados. En cuanto al ambiente de la zona donde viven, 52 adolescentes (24.9%) refieren que les estresa que sus vecinos griten o discutan y en 99 adolescentes (34.3%) les estresa la inseguridad.

A 129 adolescentes, (44.7%) les estresa que en su casa no se puedan relajar de sus actividades cotidianas.

77 (26.7%) refieren que les estresa compartir su habitación.

19 (6.6%) refieren que les estresa tener animales en casa

27 (9.4%) se estresa por la falta de iluminación en la zona donde viven.

SÍNTOMAS

CUADRO 11: Sintomatología

SINTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sentirse cansados	180	62.3
Dolor de espalda	171	59.2
Insomnio	167	57.7
Olvidar las cosas	160	55.4
Se violentan	153	52.9
Dolor de cabeza	152	52.6
Palpitaciones	117	40.5
Llorar y desesperarse	109	37.8
Sudar	109	37.7
Poco apetito	106	36.9
Dolor de estomago	101	34.9
Mareos	93	32.2
Comezón y hormigueo	64	22.1
Sensación de ahogo	45	15.6
Estreñimiento	40	13.9
Alergias	31	10.8
Retraso en el periodo menstrual	26	9

Fuente: cuestionario aplicado

93 (32.2%) refieren mareos cuando se estresan. Esto puede ser consecutivo a episodios de ansiedad, en donde con frecuencia estas crisis son descritas inicialmente como mareos. Están ausentes las características del vértigo verdadero; por lo general los adolescentes admiten síntomas de hiperventilación o sentimientos

subjetivos de nerviosismo y a menudo, de la precipitación del mareo por ciertas situaciones de carga emocional siendo este tipo característicamente más duraderos que episódicos.

ESCUELA

192 (66.4%) refieren que les estresa el no terminar el ciclo escolar.

134 (46.4%) refieren que su labor cotidiana les provoca mucho estrés de estos 131 (45.3%) refieren estresarles el pensar en los problemas de la escuela aun en sus ratos libres

CUADRO 12: ¿Qué clase de problemas?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ningún problema	14	4.8
Calificaciones, tareas o exámenes	220	76.1
Profesores	21	7.3
Familiares	22	7.6
Pareja	12	4.2
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

En cuanto al horario escolar 206 (71.3%) refieren no estresarles su horario, 83 (27.8%) refieren que les estresa el horario. Hay que tener en cuenta que el adolescente pasa la mayor parte o la mitad del día en la escuela.

De ellos 118 (40.9%) refieren que sus ocupaciones sólo le permite comer en la calle.

En cuanto a las tareas: 66 (22.9%) les estresa terminar a tiempo sus tareas, 223 (77.2%) refieren nunca les estresa terminar sus tareas, de estos 80 (27.6%) refieren estresarles que las tareas no les permiten salir a divertirse.

68 (23.5%) les estresa todas sus labores y refieren no alcanzarles el tiempo para realizarlas, 221 (76.5%) no les estresa realizar labores ni tampoco les estresa el tiempo.

176 (60.9%) refieren sentirse estresados por miedo a reprobar un examen.

En cuanto a convivencia y comunicación con sus compañeros y maestros se obtiene: que 230 (79.6%) nunca les estresa llevarse mal con sus compañeros, y a 59 (20.4%) frecuentemente les estresa

228 (78.9%) refieren nunca estresarles el no tener una buena comunicación con sus maestros, 61 (21.1%) les estresa una mala comunicación con los maestros

73 (25.3%) consideran su grupo escolar muy estresante, 216 (74.7%) consideran no tener estrés por causa de su grupo

CUADRO 13: ¿Por qué?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque se llevan bien	110	38.1
Porque no son agradables	60	20.8
Porque no es unido	23	8.0
Porque no les hace caso	66	22.8
Porque es numeroso	2	0.7
Porque gritan sin razón	28	9.7
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

241 (83.4%) no consideran como causa de estrés, el no utilizar automóvil u otro medio para ir a la escuela

En 177 (61.2%) no dejan de comer por terminar alguna tarea

A 120 (41.5%) les estresa el no considerarse capacitados para sus funciones.

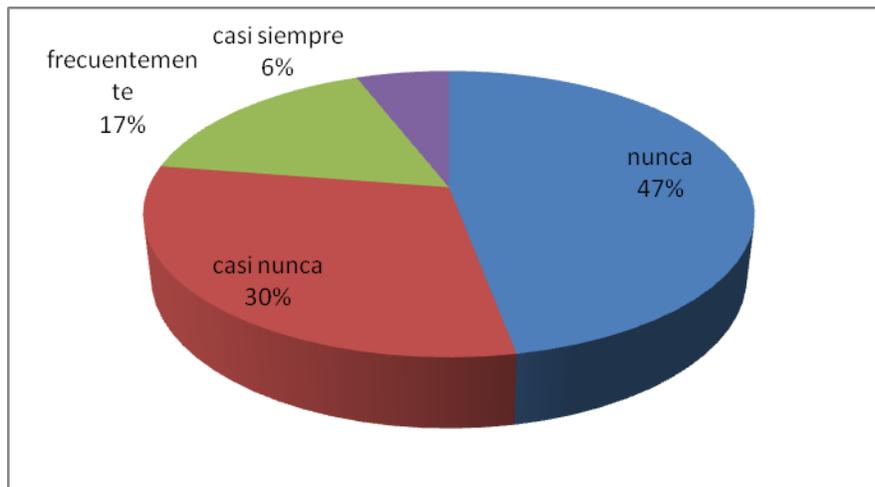
108 (37.4%) tienen la impresión de que sus maestros o su familia no reconocen su trabajo y esto les provoca estrés.

FIGURA 1: Me estresa cuando mis compañeros de grupo me agreden física y verbalmente



Fuente: cuestionario aplicado

FIGURA 2: Cuando me estreso suelo agredir a mis compañeros física y verbalmente



Fuente: cuestionario aplicado

RELACIONES INTERPERSONALES

95 (32.9%) refieren sentirse estresados al depender económicamente de su familia.

124 adolescentes (42.9%) suelen confiar en los demás cuando se sienten estresados, 165 (57.1%) refieren no confiar en los demás cuando se encuentran estresados.

181 adolescentes (62.6%) refieren sentirse molestos cuando sus planes dependen de otros.

En 161 de los adolescentes (55.7%) les estresa las disputas entre amigos o familia.

En 53 adolescentes (18.3%) les estresa tener que estudiar y trabajar al mismo tiempo.

En 239 adolescentes (82.7%) se llevan bien con sus hermanos, 50 adolescentes (17.3%) no se llevan bien con sus hermanos.

En 154 adolescentes (53.2%) les estresa discutir con sus hermanos.

En 73 adolescentes (18.7%) refieren que les estresa la opinión negativa que sus amigos tengan de él o ella.

CUADRO 14: ¿Por qué?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque no hay motivo	14	4.8
Porque es lo más natural	12	4.2
Porque no le importa lo que piensen	157	54.3
Porque lo considera importante	43	14.9
Porque lo considera una experiencia	63	21.8
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

En 54 adolescentes (18.7%) refieren estresarles no integrarse a un grupo de amigos. El grupo escolar en el que se desenvuelve el adolescente ejerce gran influencia, y su conducta va a estar altamente influenciada por la opinión del grupo a la hora de tomar decisiones y realizar una tarea; además este constituye una vía de transmisión de normas comportamientos y valores, que en ocasiones es más influyente que la propia familia.

En 113 adolescentes (39.1%) desean hacer las cosas mejor que los demás y les estresa el no poder realizarlo.

A 71 adolescentes (24.6%) les estresa ser el único responsable en sus actividades. Y a 35 adolescentes (12.2%) refieren sentir envidia porque otros tienen más que él o ella.

En 67 adolescentes (23.2%) les estresa que sus amigos no se interesen ni escuchen sus problemas, y otros 36 adolescentes (12.4%) refieren no tener la paciencia de escuchar los problemas de los demás porque se estresan.

A 65 adolescentes (22.5%) les estresa que su novia (o) los vaya a dejar por otra persona.

A 172 adolescentes (59.5%) refieren que les estresa el saber que un amigo o un familiar se encuentre enfermo u hospitalizado.

A 154 adolescentes (53.3%) se ponen nerviosos y les molesta cuando les dan ordenes.

PERSONALIDAD

71 adolescentes (24.5%) les estresa su apariencia física.

A 184 de los adolescentes (63.7%) les estresa que los demás sean irresponsables y ellos tengan que hacerlo todo.

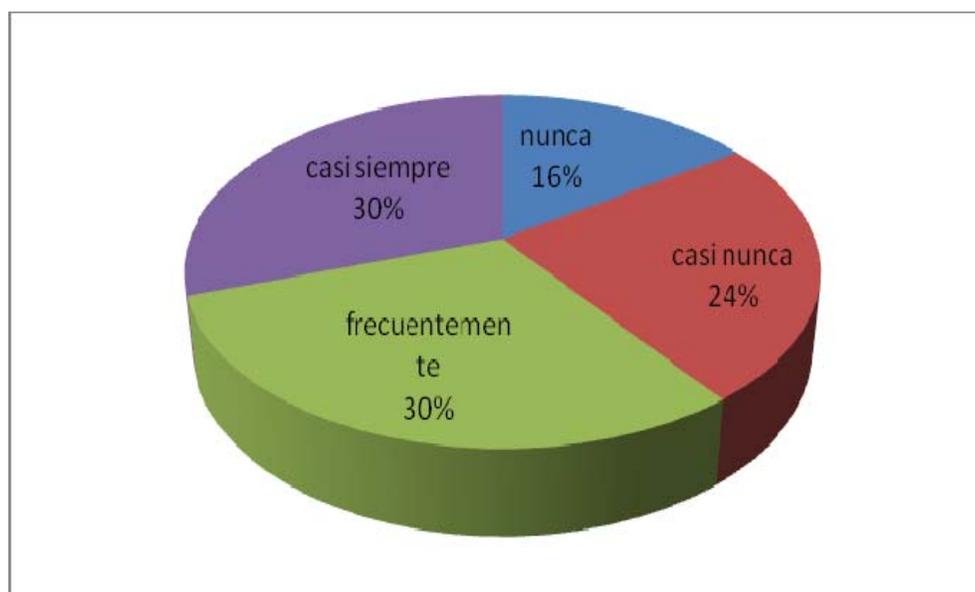
A 171 de los adolescentes (59.2%) les estresa llegar tarde a una reunión o la escuela, sólo 118 (40.8%) nunca o les estresa llegar tarde

A 130 de los adolescentes (44.9%) les estresa cuando alguien conduce su automóvil delante de ellos, y 159 (55.1%) nunca o casi nunca les estresa que alguien conduzca despacio.

A 121 adolescentes (41.9%) refieren que se desesperan con facilidad cuando hay una fila en una ventanilla o establecimiento y deciden marcharse.

A 174 adolescentes (60.2%) suelen ser estrictos con ellos mismos al momento de realizar alguna actividad

FIGURA 3: Tengo expectativas a futuro y me estresa el no poder realizarlas



Fuente: cuestionario aplicado

135 adolescentes (46.7%) tienden a pensar en lo peor y les causa estrés. En un estudio en España, los adolescentes tienden a adjudicarse e identificar más sus aspectos negativos, que el poder reconocer y valorar sus atributos positivos, desconociendo un sin número de puntos fuertes presentes en su personalidad. ^(50, 53)

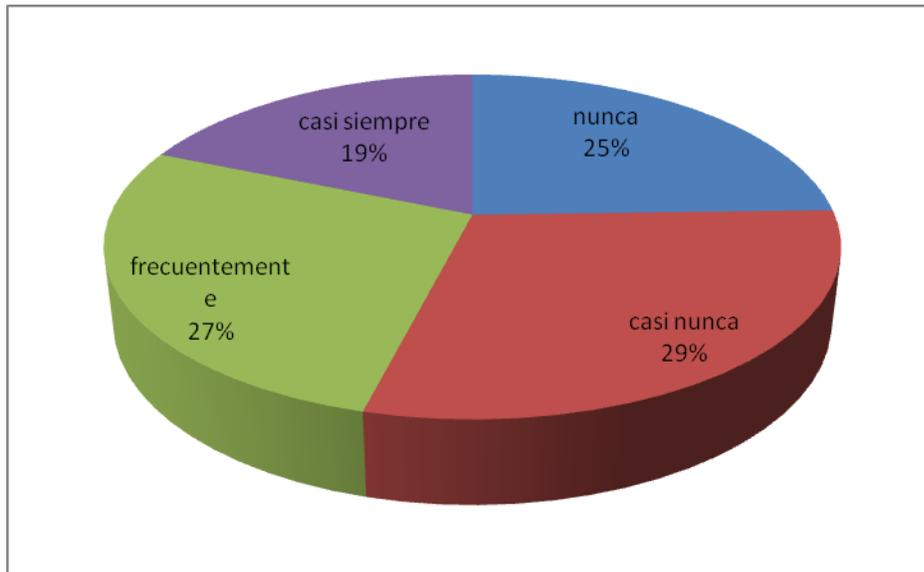
177 (59.8%) refieren que les gusta hacer las cosas a su manera y se irritan cuando no es posible. No siempre se consigue lo que se quiere y ello no debe ser motivo de infelicidad ni de alteración de comportamiento. ⁽⁵⁷⁾

65 adolescentes (22.5%) se molestan con facilidad si alguien le hace una broma.

227 (78.6%) de los adolescentes refieren que les molesta y les estresa que los culpen de algo que no hicieron.

134 (46.3%) refieren que los ponen nerviosos y los estresa que los interrumpen cuando están en medio de alguna actividad.

FIGURA 4: Soy perfeccionista y me estresa no poder realizar bien mi trabajo



Fuente: cuestionario aplicado

59 adolescentes (20.4%) se estresan al pensar que los que les deben dinero no les paguen.

110 (38.0%) refieren que se ponen nerviosos cuando se quedan atrapados en el tráfico. Casi todas las personas son víctimas del estrés del tráfico, algunos ejemplos son: las horas pico del tráfico en las calles y en el metro, la falta de movimiento mientras se está al volante, el aire viciado, el ruido de los motores, la rabia que producen determinadas situaciones de tráfico, la prisa, el seguir a otros.⁽⁵⁹⁾

166 adolescentes (57.4%) se molestan y les estresa que no les hagan caso cuando están hablando.

184 adolescentes (63.6%) refieren que comienzan a levantar la voz cuando discuten con alguien

187 adolescentes (64.7%) refieren que al discutir con alguien piensan en lo que van a decir mientras la otra persona habla.

134 (46.4%) refieren aburrirse pronto de las vacaciones y quieren volver a la actividad. El estrés tiene un papel en los momentos de ocio: el estrés de las

vacaciones impide con mucha frecuencia una recuperación completa, principalmente cuando las vacaciones se desarrollan ponen en juego el prestigio o al estéril turismo de masas. ⁽²⁰⁾

84 adolescentes (29.1%) refieren tener miedo y sentirse estresados que algún día puedan contraer una enfermedad fatal como cáncer o SIDA, y 205 adolescentes (70.9%) refiere no tener miedo o estresarles contraer una enfermedad.

SEXUALIDAD

144 (49.8%) adolescentes refieren tener novio(a) y 145 (50.2%) refieren no tener novio(a)

54 adolescentes (18.7%) refieren que su novio (a) los (as) estresa.

CUADRO 15: ¿Por qué?

RESPUESTA A PREGUNTA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque no tiene novio (a)	123	42.6
Porque es una responsabilidad	97	33.6
Porque tiene intereses personales	13	4.5
Porque se enojan frecuentemente	38	13.1
Porque termina mal	5	1.7
Porque es tedioso (a)	13	4.5
Total	289	100.0

Fuente: cuestionario aplicado

En 55 adolescentes (19%) refieren que les estresa una relación de noviazgo y 234 adolescentes (81%) casi nunca estresarles iniciar una relación de noviazgo.

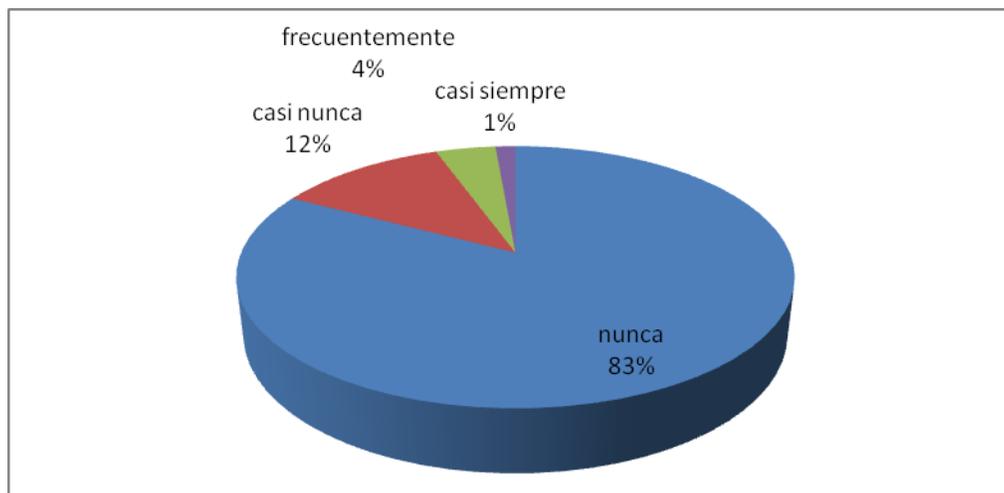
En 35 adolescentes (12.1%) refieren que les estresa iniciar relaciones sexuales y 254 adolescentes (87.9%) refieren que no les estresa iniciar relaciones sexuales.

264 adolescentes (91.4%) refieren que no les estrese el no tener relaciones sexuales.

203 adolescentes (70.2%) refieren que no les estresa lo que pueda pensar su novio(a) de ellos.

76 (26.3%) de los adolescentes refieren que su novio (a) los cela y el 72 (24.9%) refieren ser celosos con su novio(a). De la misma manera, entre las/os adolescentes es muy frecuente también el maltrato emocional, cuyos indicadores son, en general, amenazas de terminar la relación, acusaciones, descalificaciones y/o celos excesivos. ^(53, 57)

FIGURA 5: Mi novio(a) me agrede física y verbalmente

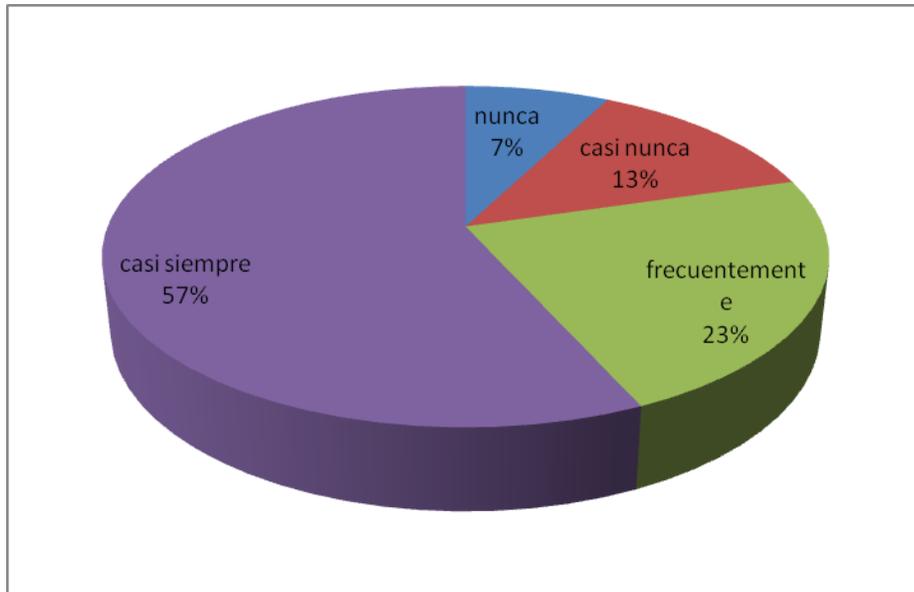


Fuente: cuestionario aplicado

A 40 adolescentes (13.9%) les estresa el pensar que su novio(a) tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena.

FAMILIA

FIGURA 6: Mi familia me alienta y me motiva a estudiar lo que me gusta



Fuente: cuestionario aplicado

A 111 (38.4%) adolescentes les estresa que su familia critique a sus amigos.

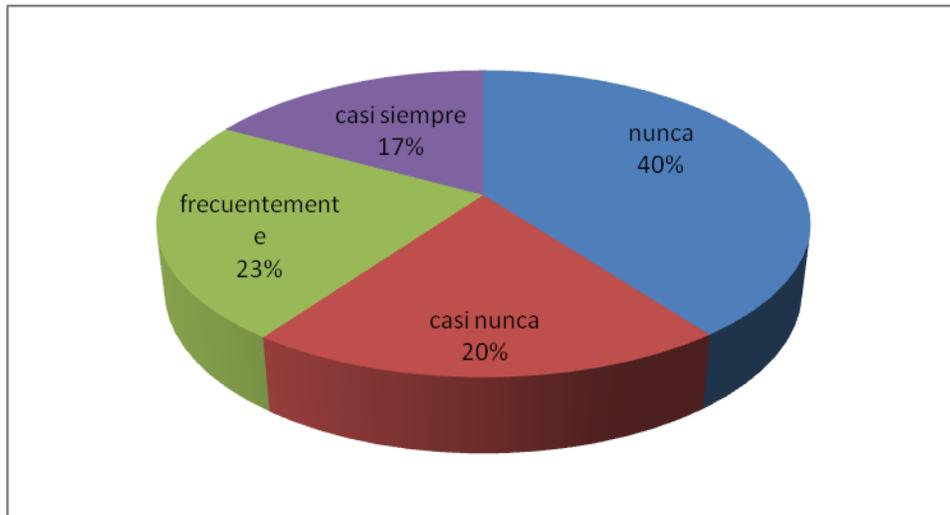
A 171 adolescentes (59.2%) les molesta casi que su familia les digan lo que tienen que hacer.

A 130 (45.0%) de los adolescentes les molesta frecuentemente que su familia no les permitan salir a divertirse con sus amigos.

En 77 adolescentes (26.6%) refieren que les estresa el vivir con su familia, tanto que quisieran vivir solos.

90 adolescentes (31.1%) les estresa que sus padres no los escuchen cuando tienen alguna duda.

FIGURA 7: Me estresa que no haya comunicación en mi familia



Fuente: cuestionario aplicado

Al (13.5%) de los adolescentes les estresa pensar que alguno de sus padres pueda tener otra familia. La familia es de una importancia vital para el sano desarrollo de los seres humanos. Sin embargo, en algunas circunstancias, la separación puede ser una medida necesaria cuando la relación de la pareja se ha vuelto muy conflictiva, tiene repercusiones graves sobre los hijos. ^(61, 64)

45 adolescentes (15.6%) les estresa que sus padres se vayan a separar.

A 128 adolescentes (44.3%) les estresa que sus padres le den la razón a otra persona y no a ellos.

A 109 adolescentes (37.7%) les estresa no tener dinero en su casa para sus necesidades.

86 adolescentes (29.7%) les estresa que sus padres no les den suficiente dinero para comprarse sus cosas personales.

82 adolescentes (28.4%) les estresa tener que ayudar a las labores domésticas de su casa y 207 adolescentes (71.6%) refieren que no les estresa tener que ayudar.

4. DISCUSION

En el presente trabajo, el objetivo fue identificar los factores de estrés en los adolescentes, son: la escuela, las tareas o las calificaciones, las discusiones familiares. Estos factores son similares a los comentados en la literatura como principal causa de estrés: frustraciones en la escuela, problemas con los amigos y/o pares, separación de los padres o problemas financieros en la familia de los adolescentes.

26% de los adolescentes buscan descansar y relajarse cuando se encuentran en un momento de estrés y un 20% prefiere escuchar música.

La mayoría de los adolescentes refiere que el estrés dura alrededor de 20 minutos a una hora y otros refieren horas o días, incluso semanas dependiendo de la causa de su estrés. No encontré estudios sobre la duración del estrés en los adolescentes.

2.4% de los adolescentes, refiere tomar algún medicamento para calmar el estrés, siendo estos: analgésicos, tranquilizantes o antidepresivos. En un estudio realizado en Chile en el año 2000, Sexto Estudio Nacional de Drogas, refiere que el consumo es mayor en el sexo femenino, se observó que el consumo de drogas ilícitas como marihuana y cocaína es mayor en escolares de sexo masculino, destaca la alta prevalencia de consumo de tranquilizantes por parte de las mujeres, la cual duplica la de los varones ^(39, 54, 56)

En este estudio se encontró que 24.0% de los adolescentes refieren fumar cuando están estresados. Un estudio en España, refiere que, el total de adolescentes que afirmaron haber experimentado por lo menos una vez con tabaco, el 38.8% reportó continuar su consumo, de los que continúan fumando, su consumo se distribuye: más del 50% fuma de uno a tres cigarrillos al día, poco más del 30% fuma menos de un cigarrillo al día, poco más del 10 por ciento más de cuatro cigarrillos por día. ^(39, 4, 56)

En este estudio se detectó que 10% de los adolescentes toman bebidas alcohólicas para relajarse cuando se sienten estresados y 90.0% no consumen bebidas

alcohólicas. En un estudio en Chile más de 70% de los/las jóvenes encuestados/as ha consumido por lo menos una vez en su vida alcohol, el 75.4% de hombres y 75% de mujeres reportaron haber probado el alcohol. ^(39, 54, 56)

Un 60% de los adolescentes refieren relajarse con la atmosfera hogareña cuando están estresados. 40% refieren que no logran relajarse en casa.

En Bulgaria prestan atención a las consecuencias que los conflictos tienen para el adolescente ya que puede haber efectos sobre la salud mental, los padres suelen describir esta etapa como la más difícil en el ejercicio de su rol parental. No obstante, los conflictos de intensidad moderada no suelen mermar en exceso la calidad del clima familiar. ^(58, 60)

En cuanto a Sintomatología con relación al estrés, 52.6% sufren de dolor de cabeza cuando se encuentran estresados. Este es uno de los síntomas más frecuente que se menciona en la literatura, y se ha observado que afecta del 90 al 95% de los individuos y por lo menos, la mitad de la población adolescente admite algún tipo de cefalea.

En este estudio el 52.9% de los adolescentes se violentan cuando se estresan. Es importante comentar que en cuanto a violencia en las aulas los resultados son alarmantes pues se reveló que el 90% de los estudiantes de sexto grado de primaria y de los de secundaria han sufrido alguna vez humillaciones o insultos por parte de sus compañeros, así como agresiones que van desde patadas, empujones y golpes con objetos hasta ser tocados sin su consentimiento.

Un 57.7% de los adolescentes sufren de insomnio. Se menciona que hasta el 20% de los adolescentes puede presentar insomnio en forma aguda o crónica.

Las drogas, sobre todo el alcohol, pueden provocar alteración del sueño. Las tareas repetitivas, sedentarias, estereotipadas aumentan la tendencia al ataque de sueño. Estos ataques recurrentes suelen someter al adolescente a estrés psicológico significativo.

En los adolescentes del estudio el 37.8% llora y se desespera con facilidad cada vez que se estresa y 62.3% se sienten cansados y sin energía, lo que nos orienta a pensar que estos adolescentes se encuentran con estrés crónico, y se puede manifestar un cuadro depresivo agregado. En un estudio realizado en Estados Unidos en el que se buscaba depresión asociada al funcionamiento familiar, se observa que la sintomatología es similar, se presenta en los pacientes con depresión. Refiere que el deseo de llorar se presenta en 88% de los adolescentes encuestados y la falta de energía en un 95.3%. (20, 21, 22, 23, 24)

El 66.4% de los adolescentes del estudio mencionan que les estresa el no terminar su ciclo escolar. Un estudio realizado en Colombia, menciona que son muchos los conflictos y las amenazas que los estudiantes enfrentan en el interior de las aulas, así como en la interacción con sus compañeros, con sus educadores, pero también en su vida familiar y social.

Se encontró en el estudio que 46.4% de los adolescentes casi siempre su labor cotidiana les provoca mucho estrés. Un estudio en Colombia, menciona que los factores más frecuentes que generan estrés son: la muerte de algún familiar como primer lugar, el no cumplimiento de las normas establecidas como segundo, el discutir con los padres de familia como tercero y tener demasiados trabajos de tipo académico pendientes como cuarta causa. (52, 55)

La principal causa de estrés en los adolescentes son las calificaciones, las tareas o los exámenes. En Colombia se menciona que el entorno puede generar estrés escolar cuando no existen condiciones y normas adecuadas que permitan un sano desarrollo de la socialización, que propicie comunicación entre los estudiantes con los profesores, sus padres y familiares, con la sociedad y las relaciones ambientales. (52, 55)

El (60.9%) de los adolescentes refieren sentirse estresados por miedo a reprobar un examen. Un estudio que se realiza para relacionar la depresión con el bajo rendimiento escolar en él un grupo de adolescentes de 16 años, de ambos sexos en los que 14% reprobaron pero 72% tenían depresión como diagnóstico, con un

predominio en el sexo femenino. En este estudio no se busca la depresión como causante de bajo rendimiento escolar, sino el estrés que presentan por miedo a reprobar un examen. (20, 21, 22, 23, 24)

21.1 de los adolescentes les estresa una mala comunicación con los maestros. En Colombia los estudiantes no presentan ningún tipo de miedo, por lo que se puede reflexionar que existe mayor comunicación y confianza de los estudiantes hacia los educadores. (52)

Un (25.3%) de los adolescentes consideran su grupo muy estresante. Casi una cuarta parte de los adolescentes refieren llevarse bien con sus compañeros de clase y no lo consideran como causa de estrés, pero otra cuarta parte no los considera agradables. El estrés escolar genera dificultades en el aprendizaje, en la interrelación con los demás, con el entorno y compañeros de clase, se debe procurar orientar a la superación y proyección en el cumplimiento de las responsabilidades personales, familiares y ciudadanas. Así lo menciona el estudio realizado en Chía, Colombia. (52)

El (41.5%) de los adolescentes del estudio mencionan que les estresa el no considerarse capacitados para sus funciones. No sólo en el interior de la institución puede generarse estrés, sino que algún evento externo y del ambiente propio de cada estudiante puede generar estrés escolar en él. Así, cualquier estresor externo influye directamente en el ambiente escolar y académico. (52, 55)

En cuanto a agresión física y verbal, los adolescentes en un 25.6% se estresan por sufrir agresión física y verbal y 22.5% suelen agredir a sus compañeros cuando están estresados. Un estudio realizado en el Centro Juvenil Santa Margarita en España se aprecia que las variables de abandono escolar vinculadas a violencia conforman las causas líderes, alcanzando valores que sobrepasan el 60%. Entre ellos la agresión frecuente con 73.7%, la delincuencia con violencia el 69.2% como los más sobresalientes. Se observan las variables “relación social mala” con el entorno y “vínculo familiar débil” relacionada con el hogar, las que tienen cifras que superan el

50%. España es el segundo país después de Portugal con mayor índice de fracaso escolar. ⁽⁶¹⁾

Menos de una cuarta parte (39.1%) de los adolescentes del estudio refieren que desean hacer las cosas mejor que los demás y les estresa el no poder realizarlo. La satisfacción por sí mismo y por lo que se consigue (hacer nuevos amigos, pasarla bien, aprender algo, etc.) aumenta la autoestima. Cuando se expresan estos sentimientos de valía personal, de logro de objetivos, el adolescente se puede sentir más seguro de sí mismo y confiado, ello favorece el establecimiento de relaciones interpersonales con compañeros y amigos con mayor facilidad. ^(57, 60)

(59.5%) refieren que les estresa el saber que un amigo o un familiar se encuentre enfermo u hospitalizado. Un estudio realizado en Panamá y Colombia cobra importancia el hecho de la muerte de un ser querido, ya sea padre de familia, hermano o algún familiar, como evento desencadenante de estrés escolar o de bajo rendimiento académico. Se observa que la muerte de un ser querido en los estudiantes afecta directamente su proceso de aprendizaje y las relaciones interpersonales, convirtiendo el ambiente escolar en un conflicto permanente. ⁽⁵²⁾

Un (24.5%) de los adolescentes del estudio refieren que les estresa su apariencia física. La imagen personal está formada por el aspecto psicológico y por lo físico. La apariencia personal es muy importante para estar a gusto consigo mismo, especialmente en el desarrollo de la adolescencia, de acuerdo con sus características corporales diferentes, que se dan en el paso de una edad a otra, en la que los cambios morfológicos y psicológicos son muy claros. ^(57, 60)

En (60.2%) de los adolescentes suelen ser estrictos con ellos mismos al momento de realizar alguna actividad. La influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud y la sociedad en general a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente. ⁽⁴⁸⁾

Al (60.2%) de los adolescentes les estresa el no poder realizar las expectativas que tienen a futuro. En Chile, la prevalencia de los síntomas emocionales analizados es muy variable, destacando el alto porcentaje de adolescentes de ambos sexos que refieren sentirse inestables e inseguros todo el tiempo (62% de varones y 79,8% de mujeres), seguido del síntoma “sentirse desesperado, descorazonado, sintiendo que nada vale la pena” (19,8% varones y 25,6% mujeres).

El (46.0%) de los adolescentes refieren ser perfeccionistas y les estresa el no realizar bien su trabajo. El adolescente es una persona nerviosa por naturaleza. Sin embargo, la ansiedad ha de permanecer siempre entre límites, para no interferir de manera negativa en la vida del adolescente. Los cuales con niveles altos de ansiedad, suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores. ⁽⁶³⁾

De los adolescentes (49.8%) refieren tener novio(a) , no se encontró relación entre el tiempo de noviazgo con el estrés en el adolescente. ^(61, 62)

De los adolescentes, el (19%) refieren que les estresa una relación de noviazgo. Estudios realizados en México refieren que antes de ingresar a preparatoria los hombres tienen una mayor frecuencia de comportamientos (con excepción de demostración y noviazgo formal) que las mujeres. Casi un 50% de mujeres han tenido antes de ingresar a preparatoria noviazgo formal y sólo 20 % informal, en cambio, en los hombres es: 38% noviazgo formal y 49% informal. ⁽⁶²⁾

Del estudio realizado a los adolescentes el (12.1%) refieren que les estresa iniciar relaciones sexuales. La ENAJUV 2000 reportó que de un grupo comprendido entre los 15 y los 19 años, el 87% y el 90% de los encuestados en el ámbito nacional y estatal, respectivamente, en Morelos y en el país el 86.8% y el 91.2% de los estudiantes encuestados reportaron saber cómo prevenir ETS. Por su parte, la

proporción de encuestados que reportó haber tenido relaciones sexuales fue (13.5 y 14.6 por ciento, respectivamente).^(30, 61, 62)

Un (5.6%) de los adolescentes refieren ser agredidos física y verbalmente por su novio (a). En España se menciona que los empujones, tirones de pelo, cachetadas, burlas o los insultos son conductas violentas que se presentan más de lo pensado entre las/os adolescentes y en general pasan desapercibidas o se las interpreta como juegos o expresiones de afecto. Las mujeres jóvenes están más propensas a sufrir de violencia por parte de sus parejas, comparado con las mujeres mayores, el 7.3% de las mujeres entre los 18 y 24 años, han experimentado violencia en sus relaciones sentimentales.^(53, 57)

De los adolescentes el (79.5%) refieren que su familia los alienta y motiva a estudiar lo que les gusta.

Un estudio realizado en Chile reporta que 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales. La presencia de un adecuado vínculo familiar disminuye significativamente la posibilidad de todas las conductas de riesgo en el adolescente, a pesar de la existencia, en el mismo adolescente de factores de riesgo significativos.^(53, 57)

El (59.2%) de los adolescentes refieren que les estresa que su familia les diga lo que tienen que hacer. No obstante el poder de influencia de los amigos no lo es todo ya que muchos jóvenes tienen lazos fuertes y positivos con sus padres, constituyéndose así la opinión de sus padres como algo primordial e imprescindible. En general los amigos ayudan a decidir aspectos o sucesos diarios como escoger ropa o a que fiesta ir, mientras que los padres evalúan aspectos más trascendentales como el trabajo o dilemas morales.^(44, 53)

En 40.2% de los adolescentes refieren que les estresa que no haya comunicación en su familia. En Chile casi la mitad de los escolares implicados en este estudio manifiesta que sus padres no dedican el tiempo adecuado para conversar, además

refieren falta de conocimiento de las actividades de sus hijos, falta de reglas claras en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. ⁽³⁵⁾

Un 37.7% de los adolescentes refiere que les estresa no tener dinero en su casa para sus necesidades, de los cuales 29.7% refieren que les estresa que sus padres no les den suficiente dinero para comprarse sus cosas personales. La economía familiar puede estar afectada cuando falta uno de los padres, sea este por abandono, separación o muerte, lo cual alterara el desarrollo económico, que influye en que los adolescentes tengan que trabajar y estudiar. ⁽⁵³⁾

De los adolescentes estudiados el (40.5%) refieren que les estresa que sus padres sean sobre protectores con ellos. En España, los padres con dificultades para disminuir gradualmente su “autoridad paternal” pueden contribuir a un problema de adaptación en el adolescente. Muchos padres se muestran reticentes a dejar su rol protector y a permitir al adolescente adquirir autonomía por medio de la libertad y la responsabilidad, lo cual se convierte en un campo de conflicto, donde el adolescente se enfrenta de manera desorganizada y en muchas ocasiones autodestructiva a un autoritarismo sin concesiones. ^(44, 52)

5. CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos planteados: se identificaron los principales factores desencadenantes de estrés en los adolescentes de una escuela preparatoria de la ciudad de México. Se identificaron los factores familiares y sociales que con mayor frecuencia afectan a los adolescentes, y la sintomatología más frecuente.

Se encontraron algunos resultados importantes, no contemplados en el trabajo, por ejemplo: a través del cuestionario se identificó violencia escolar conocida como Bullying la cual aparentemente y de acuerdo a las referencias va en aumento a nivel escolar e incluso en el noviazgo.

Se pudo contar con el apoyo y colaboración de los profesores de la escuela preparatoria No 3, así como el consentimiento y la participación de los adolescentes para contestar el cuestionario que se usó como instrumento. Se aplicaron 300 cuestionarios de los cuales el 96.6 % de los adolescentes lo contestaron completo. El tiempo de aplicación no fue limitante.

Una limitante de este trabajo es haberlo aplicado solo en el turno vespertino. Cuando se les pidió a los adolescentes que contestaran el cuestionario se les informó que al final del mismo había un espacio y expresaran su opinión con respecto al contenido y la redacción de las preguntas. Muchos lo consideraban muy completo en cuanto a los temas que se preguntaban y otros expresaron que fue largo y tedioso.

En las unidades de medicina familiar hay un número reducido de adolescentes que acuden a consulta, el médico sabe que es una etapa de cambios físicos y psicológicos en la vida de la persona y de acuerdo a como se desenvuelva dependerá su vida como adulto, por lo tanto debe dar atención integral al adolescente, aprovechar la curiosidad y el interés de él mismo por la información sobre su cuerpo, cambios fisiológicos, etc. En la familia fomentar la responsabilidad individual, así como la habilidad para la toma de decisiones y confianza en sí mismo. La comunicación en la familia y en la escuela es determinante e interviene en la generación de estrés o no en el adolescente, el médico de primer nivel debe detectar oportunamente los factores que desencadenan estrés en esta etapa de la vida, conociendo a su paciente y el núcleo familiar del cual procede.

El cuestionario utilizado para el trabajo puede ser útil en el primer nivel de atención para identificar las causas de estrés y la sintomatología que se puede desencadenar cuando éste es agudo o crónico; junto con la clínica se puede diagnosticar y orientar al adolescente y a la familia para tomar medidas que ayuden a disminuir el estrés.

Este trabajo ayudó a identificar las causas de estrés más frecuentes en población de adolescentes en la ciudad de México.

Es importante, como médico, el poder detectar a los adolescentes que cursan con estrés , no debemos olvidar que dentro de las tareas a cumplir en la adolescencia se encuentran la identidad de género y el proyecto de vida, si el adolescente no es orientado, estas tareas pueden llegar a cumplirse erróneamente.

El instrumento que se utilizó en este trabajo fue útil, para este trabajo, sin embargo, se reconoce que cada instrumento utilizado debe contar con características ya establecidas, tales como nombre del instrumento, origen, autor, lugar donde se desarrolló, año, idioma, referencia original, fundamentos teóricos, propósito con el que se realizó, qué mide, diseño, conceptos operativos, constructos, escalas, tipo, como se califica, cómo se interpreta, evolución del instrumento, número de personas a las que se les ha aplicado, procedimientos estadísticos para validarlo, versiones del instrumento, proceso de traducción o transculturación al que se sometió, usos, alcances y limitaciones, así como la existencia de instrumentos alternativos, por lo tanto queda mucho que hacer solo con el instrumento utilizado.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Información para la familia. Trastorno de tensión postraumática. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999 Octubre. 70: 1-2. Disponible el: 21/07/2008
2. Información para la familia. Como se Puede Ayudar a los Adolescentes con Estrés. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002 Enero. 66: 1-2. Disponible el: 21/07/2008
3. Muller JE, Kohn L, Stein DJ. Anxiety and medical disorders. Curr Psychiatry Rep 2005 Aug; 7 (4): 245-51. Bajado 04/08/2008
4. Harvard Medical School. Trastornos de la Adaptación 2005 Sep: 1-3. Disponible el 4/11/2008
5. Sáenz EM. La violencia familiar: un efecto más allá del amor. Su impacto en el adolescente. Ed. 78. 2007 May: 1-4. Disponible el 04/08/2008
6. Brañas FP. El Adolescente Normal: Desarrollo físico y necesidades médicas. 2008 Abril: 1-12. Disponible 04/08/2008
7. Natanael RV, Estrés: una revisión bibliográfica. Universidad Veracruzana. Facultad de psicología 2002: 1-16.
8. Aguayo AF. El estrés psicosocial como factor predisponente en enfermedad aguda en pacientes de medicina familiar del policlínico central de la caja nacional de salud, La Paz en los meses de Junio, Agosto y Septiembre 2007. Revista Pacea de Medicina Familiar 2007; 4 (6): 101-105.
9. Dinesh B, Neil T, Jayshree S. Gestos Autolíticos Deliberados (GAD) en adolescentes en el Oeste de Londres: Factores socio-culturales. The European Journal of Psychiatry 2004 Abril-Junio; 18 (2): 1-8.
10. Reid DT, Renwick RM. Relating familial stress to the psychosocial adjustment of adolescents with Duchenne muscular dystrophy. International Journal of Rehabilitation Research. June 2001: 24 (2): 83-93.
11. Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Estrés: Como afrontar los retos de la vida Octubre 200. Disponible en: <http://www.Familydoctor.org>. Acceso
12. Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Adolescentes y estrés: ¿Quién tiene tiempo para eso? Junio 2007. Disponible en: <http://www.Familydoctor.org>. Acceso

13. Alfaro FT, Aguilar MJE. Factores estresantes y ansiedad cognitiva en derechohabientes del IMSS-Oaxaca, Asociación Oaxaqueña de Psicología, A.C. Centro Regional de Investigación en Psicología 2006; 1 (1): 25-28.
14. Melamed I, Medicina de Adolescentes. Curso Virtual de Act. Pediátrica 2004: 1-25.
15. Casas Rivero JJ, Ceñal GFM. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid, España 2005; IX (1): 20-24.
16. White KS, Farrell AD. Anxiety and Psychosocial Stress as Predictor of Headache and Abdominal Pain in Urban Early Adolescents. J Pediatr Psychol. 2005.
17. Lubit R, Rovine D, Defrancisci L, Eth S. Impact of trauma on children. J Psychiatr Pract. 2003; 9 (2): 128-138.
18. Entendamos el Estrés Traumático Infantil. The National Child Traumatic Stress Network 2004: 3-70.
19. Perrin E. Los niños en las diversas constelaciones familiares. Pediatrics (ed. Esp.) 1997; 43 (6): 15-16.
20. Patrick JF, Reyes TA. Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico. Revista de Postgrado de Psiquiatría 1997: 13-16.
21. Leyva JR, Hernandez JR, Nava JG, Nava JV. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del IMSS 2007; 45 (3): 225-232.
22. Pintor DN. El papel de la familia en los trastornos de la infancia y la adolescencia. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. Centre-Londres 2002; 94: 1-5.
23. Cava MJ, Aragón CM, Misuto G. Autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en grupos de riesgo. Cuadernos de Trabajo Social 2001; 14:17-28.
24. Téllez VJ. Estrés psicológico y enfermedad 2002: 1-24.
25. Gonzalez-Forteza C, Villatoro J, Pick S, Collado ME. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental 1998 Abril; 21 (2): 37-45.
26. Gonzalez-Forteza C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Carreño S, Berenzon S, Rojas E. Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes

de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*. 1997; 20 (4): 1-7.

27. Chavez-Leon E. Depresión en el Adolescente. Universidad Anáhuac. Mérida, Yucatán 2007 Abril 26-27: 1-2.

28. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *IMSS, Irapuato, Guanajuato* 2007 Septiembre-Octubre; 64: 295-301.

29. Amélia AA, Néri RE. CRECIENDO CON VIH/SIDA: UN ESTUDIO CON ADOLESCENTES PORTADORAS DE VIH/SIDA Y SUS CUIDADORAS FAMILIARES. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 mayo-junio; 16(3): 1-8. www.eerp.usp.br/rlae

30. Sosa Sánchez I.A. Significado de la Salud y Sexualidad de Jóvenes. Un Estudio de Caso en Escuelas Públicas de Cuernavaca estudio caso escuelas públicas 1ª ed. 2005 agosto: p 9-223.

31. Martín AL, Reyes DZ. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29(2):183-87.

32. Aguayo AF. El estrés psicosocial como factor predisponente en enfermedad aguda en pacientes de medicina familiar del policlínico central de la caja nacional de salud, La Paz en los meses de Junio, Agosto y Septiembre 2007. *Revista Paceaña de Medicina Familiar* 2007; 4 (6): 101-105.

33. Oliveros DM, Francisco Daniel Kawashita OF, Barrientos AA. Factores de riesgo de abandono escolar en adolescentes mujeres en conflicto con la ley. (Risk factors of school drop out among teenager girls in conflict with law). *Rev.peru.pediatr* 2007; 60: (1): 4-9.

34.- Barra AE, Cancino FJ, Lagos MG, Leal GP, San Martin VJ. Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. *Psicología y Salud* 2005 Julio-Diciembre; 15 (2): 231-239.

35. Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Bórquez PM. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. (Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents). Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 317-324.

36. Galindo J, Alfaro I, Osso L, Ugarte Díaz RM. Et al. La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. 2000. p. 135-166.
37. Alchaer AJR, Bahsas BF, Hernández NR, José SP. Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. (Tesis de Postgrado en Medicina Familiar). Mérida. Venezuela. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela 1994; 3 (3-4): p-1-6.
38. Trivelli LA. Adolescentes, Sexo y Relaciones Interpersonales 2007 Abril. P. 1-5.
39. Rodríguez SI, Castillo LI, Torres LDJ, Jiménez HY, Zurita PDM. Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. Centro de Trabajo: Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. Cuba 2008. P. 38-74.
40. Oros de Sapia LB, Neifert I. Construcción y Validación de una Escala para Evaluar Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés. Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines, Universidad Adventista del Plata 2006; 6: 1-14.
41. Gonzalez-Forteza C, Jiménez Tapia JA. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Publica de México 2008; 50 (4): 292-299.
42. Suarez CMA. El Médico Familia y la Atención a la Familia. Revista Paceaña de Medicina Familiar 2006; 3 (4): 95-100.
43. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (1): 27-32.
44. Mendizábal Rojas JA, Anzúres LB. La Familia y el Adolescente. Revista Médica del Hospital General de México. Clínica de Adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría 1999 Julio-Septiembre; 62 (3): 191-197.
45. Oñederra JA. Bullying: concepto, causas, consecuencias, teorías y estudios epidemiológicos. (Diapositivas). XXVII Cursos de Verano EHU-UPV Donostia-San Sebastián 2008. P. 1-51.
46. Losada Alonso NJM, Ramiro Losada GR, Alcázar CMA, Bouso SJC, Gómez-Jarabo GG. Acoso escolar: desde la sensibilización social a una propuesta de intervención. Reflexiones desde la legislación española. Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid. Universidad Pontificia Comillas (ICADE). Universidad Carlos III de Madrid y Ministerio de Justicia. Universidad Autónoma de Madrid 2007. P. 1-16.

47. Uribe J. Aumenta violencia de género en las escuelas de educación básica en México. México D.F. 2010 Agosto 04. P. 1-2.
48. Rodríguez Morales MG. El bullying y sus tipos. Instituto México Primaria; Tijuana, B.C. 2007. P. 1-12.
49. Rodríguez Morales MG. Bullying (Acoso escolar). Instituto México Primaria. Tijuana, B.C. 2007. p. 1-8.
50. Riobó E. Violencia escolar y bullying: dos fenómenos a la orden del día. Un estudio realizado por el Centro Reina Sofía analiza la violencia en las Aulas escolares. Redacción Aprendemas.com 2005 Octubre. P.1-4.
51. Alfonso A, Madrid J, Aláez M. Adolescencia y salud. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España. Red de revistas Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal 2003 Enero-Abril; 23 (84):45-53.
52. Font P. Desarrollo psicosexual: Adolescencia. Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja. Barcelona: 2-12
53. Navas T, Salazar V, Márquez PL, de La Rosa Z, Oliveros C, et al. Factores de riesgo y diagnóstico de salud del adolescente venezolano: estudio piloto. Órgano oficial de la sociedad venezolana de medicina interna. (Caracas) 2001; VOL17 (2): 1-12.
54. Libertad Martín AL, Reyes DZ. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana Salud Pública 2003; 29(2):183-87
55. Martínez Díaz ES, Díaz Gómez DA. Una aproximación psicosocial al estrés escolar. (A psychosocial approximation to school stress). Facultad de Psicología. Universidad de La Sabana, Colombia 2007; Vol10 (2): 11-22.
56. Healey J. Manejo de la conducta en casa. The Parent Letter. Face of Child Mental Health Study Center. New York, NY 2004 Octubre; VOL 3 (2): 1-2.
57. Barilari S. Ciclo de la violencia: Adaptación De las Ciencias del Hombre a los Estudios sobre Masculinidades: un camino sinuoso. "Hacia la prevención de Noviazgos Violentos". Mimeo 2006. www.sandrabarilari.blogspot.com p 1-7
58. González LMP, Muñoz RMJ, Graña GJL. Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión. Psicopatología clínica, legal y forense. Universidad de Madrid 2003; Vol3 (3): 23-39.

59. Pallarés J, Rosel J. Patrón de conducta Tipo-A y estrés en deportistas adolescentes: algunas variables mediadoras. *Universidad Jaume I. Psicothema* 2001; Vol. 13 (1): 147-151.
60. Oliva Delgado A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Facultat de Psicologia. Universidad de Barcelona. Universidad de Sevilla. Anuario de Psicología* 2006 diciembre; vol. 37(3): 209-223.
61. Rivera-Rivera L, Allen B, Rodríguez-Ortega G, Chávez-Ayala R, Lazcano-Ponce E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México* 2006; 48 (suppl 2): 288-296.
62. San Martín AH. Adolescencia.... Guadalajara, Jal. México, 1997 de Julio-Septiembre. (Boletín trímestras de la unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente con el patrocinio de la organización panamericana de la salud) *IMSS AÑO 2 (9): 1-8.*
63. Adame A. Violencia en el noviazgo. La manifestación ordinaria del amor. (Publicación periódica en línea) México 2003 febrero 6 (Suplemento Letra S). Subió a Conferencia el 2003 febrero 11. P 1-6. Se consigue en: <http://www.jornada.unam.mx/2003/feb03/030206/ls-reportaje.html>
64. Riquelme Pérez M. El hijo de padres separados. *Centro de Salud Universitario La Chopera I. Alcobendas, Madrid. Pediatr Integral* 2005; IX (9): 673-680.
65. Pedreira Massa JL, Felipe E. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: Psicopatología, manifestaciones clínicas e intervención. (Obsessive-Compulsive Disorder. Children. Psychopathology. Psychosis. Psychosomatic.). *Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid (España). Fuente: Psiquiatria.com. 2001; 5(2):1-16.*
66. Amaro Cano MC. Sexualidad y bioética. *Facultad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2). Acoso escolar <http://www.guadalajara.gob.mx/dif/informacion/bullying.pdf>
67. El Informe Nacional sobre Violencia de Género en la Educación Básica en México, será distribuido por la SEP. Comunicado S/N. México. Fuente: Dirección General de Comunicación Social. Secretaría de Educación Pública. Presidencia de la república de México 0.148759. Última modificación: 2010 abril 8.
68. Gonzalez-Forteza C, Andrade P, y Jiménez A. Recursos Psicológicos Relacionados con el Estrés Cotidiano en una Muestra de Adolescentes Mexicanos. *Salud Mental* 1997; 20 (1): 25-37.

69. Arita B. Ansiedad y síntomas de estrés en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psychologies, 2001; 6 (2): 388-292.
70. Coddington D. The Significance of Live Events as Etiologic Factors In the Diseases of Children. Journal of psychosomatic research 1972; 16: 7-18.
71. Bhugra D, Desai M, Baldwin D. Attempted suicide in west London I.Rates Across Ethnic Communities. Psychological Medicina 1999; 29: 1125-1130.
72. Cochrane R, Robertson A. The Life Events Inventory: A Measure of the Relative Sensitivity of Psychosocial Stressors. Journal of Psychosomatic Research 1973; 17: 135-139.
73. Hawton K, Jsimkin S. Deliberate Self-Poisoning and Self Injury in Children and adolescents Under 16 years o age un Oxford 1976-1993. British Journal of Psychiatry 1996; 69: 202-208.
74. Arias L, Montero J, Castellanos J. Recursos e instrumentos en medicina familiar. El ciclo vital familiar. Ministerio de Salud Colombiana 1995.
75. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y Principios de Medicina Familiar. Ministerio de Salud de Colombia de Colombia 1995.
76. Chávez J. Introducción a la Medicina Familiar. Editorial Universitaria Potosina. México 1992: 53-54.
77. De la Revilla A, Fleitas L. El Apoyo Social y la Atención Primaria de Salud. Atención Primaria 1991; 8 (9): 18-20.
78. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. Salud Pública de México 2003; vol.45:suppl: s5-s7.
79. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Coemreci GD. Medicina del Adolescente. Buenos Aires, Argentina. Medica Panamericana 1997 Junio. p. 166-169, 220-224, 286-291, 573-578, 579-590, 600-608, 619-634, 695-706, 849-866, 1008-1024, 1032, 1033-1040, 1067-1072. Temas 24-38
80. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Familia Introducción al estudio de sus elementos. México D.F.; Editores de textos mexicanos: 2008. P. 35-86, 179-210.
81. Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana: 2006. P. 73-122,135-142.

82. Eguiluz Romo LL, Vargas Avalos P, González Montoya CS, et al. Terapia Familiar Su uso hoy en día. México: Pax México: 2004. P. 48-80.
83. Achotegui LJ, Armario García A, García Campayo J. El estrés crónico: aspectos clínicos y terapéuticos. Barcelona. Mayo ediciones 2007.p. 19-29.
84. Minuchin S, Fishman HCh. Técnicas de Terapia Familiar: México: editorial Piados, 1996. p. 25-41.
85. Melgoza J. ¡Sin estrés! Nuevo estilo de vida. Dyen University and of Newbold College of England. Inglaterra. Editorial Safeliz. P. 155-161.
86. Gaviria Mejía P. Los retos de la adolescencia en el proyecto de vida de la persona con discapacidad intelectual. Fundación Integrar. Medellín, Colombia: 1-9.
87. Zerpa de Miliani Y. Trastornos menstruales de la adolescente. Rev Venez Endocrinol Metab 2005; 3 (2): 13-20.
88. Portero López P, Roberta Cirne Lima R, Mathieu G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. Rev Esp Salud Pública 2002; 76 (5): 577-584.
89. Enrique Barra-Almagia E. Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: análisis concurrente y prospectivo. (Influence of Stress and Depressed Mood on Adolescent Health: Concurrent and Prospective Analysis). Universidad de Concepción, Chile.Univ. Psychol. Bogotá, Colombia 2009 enero-abril: V. 8 No. 1. p. 175-182.
90. de la Cerda Salazar MA, Riquelme Heras H, Guzmán de la Garza FJ, Barrón Garza F, Vázquez D. Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P. Departamento De Fisiología, Facultad de Medicina, U. A. N. L. p.1-10.
91. Bordignon, N.A. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto Revista lasallista de investigación. Corporación univesitaria Lasallista. Antioquia, Colombia. Julio-diciembre, año 2005. Vol 2, No 002, pp 50-63.
92. López-Ibor Aliño J.J., Valdez Miyar M., DSM-IV TR (Texto Revisado): Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España, MASSON.2005, p 387-476.

7. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

¿Cuánto ESTRÉS TENGO?

Este cuestionario para la evaluación del estrés individual, se ha planteado en el contexto de la vida normal y habitual, excluyendo las situaciones excepcionales como una guerra, una catástrofe natural o una epidemia. Vaya anotando los puntos que usted se atribuye a cada uno de los 96 casos de los diferentes ámbitos. La puntuación total pretende identificar las causas de estrés que le pueden estar afectando en este momento. Marque con un círculo las opciones múltiples y conteste las preguntas abiertas. Para que la puntuación sea válida, usted debe de responder a todos con absoluta sinceridad. Solo es necesario que anote su edad y sexo, es una encuesta anónima. Encierre en un círculo la respuesta que considere la adecuada.

EDAD_____ SEXO_____ AÑO ESCOLAR_____

CUESTIONARIO

¿Qué entiendes por estrés? _____

¿Qué entiendes por adolescencia? _____

A.-ESTILO DE VIDA: 14 VARIABLES

1.-Vivo en:

0).-Casa 1).-Departamento 2).-Cuarto solo 3).-Cuarto compartido

2.-El lugar donde vivo:

0).-Es propio 1).-Rentado 2).-Prestado 3).-De un familiar

3.-Cuento con:

0).-Ningún servicio 1).-Agua y luz 2).-Celular e internet 3).-Todos los servicios

4.-Vivo:

0).-Solo 1).-Con padres 2).-Con familiares 3).-Con amigos

En caso de familiares con que familiares _____

5.-Quien te sostiene económicamente

0).-Solo 1).-Padre 2).-Madre 3).-Ambos

6.- Vivo con padres:

0).-Casados 1).-Separados 2).-Divorciados 3).-Con un solo padre

Sin son separados o divorciados con cuál de los padres _____

7.- ¿Cuando está estresado(a) y tenso(a) que hace?

¿Causas de tu estrés? _____

¿Qué molestias siento cuando estoy estresado?

¿Qué hago cuando tengo estrés?

¿Cuánto tiempo me dura el estrés?

¿Qué actividad realizo para calmar mi estrés?

¿Tomas algún medicamento para calmar el estrés?

A).-SI B).-NO

Qué tipo de medicamento _____

8.- Como con prisa cuando estoy estresado

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

9.- Cuando estoy estresado(a) hago ejercicio físico para relajarme

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

10.-Como entre comidas o más de la normal cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

11.-Fumo cuando me siento estresado(a) para relajarme

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Cuantos y con qué frecuencia _____

12.-Tomo bebidas alcohólicas cuando estoy estresado(a) para relajarme

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Cuanto y con qué frecuencia _____

13.-Me estresa el no contar con las cosas personales que necesito para mis necesidades

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

14.- Practico un “hobby” o afición para relajarme cada vez que estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Qué tipo de hobby _____

B.-AMBIENTE: 14 VARIABLES

15.-Me estresa que mi familia grite en la casa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

16.-Siento que necesito más espacio en mi casa porque me estresa estar en un lugar pequeño

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

17.-Me estresa que todas mis cosas no estén en su sitio

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

18.-Me estresa que tomen mis cosas sin mi autorización

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

19.- Me relaja la atmosfera hogareña cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

20.-Mis vecinos me estresan cuando gritan o discuten

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

21.-Suele estresarme que haya inseguridad en la zona donde vivo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

22.- Me estresa que mi cuarto no esté limpio y ordenado

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

23.-Me estresa que ni en mi casa me pueda relajar de mis actividades cotidianas

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

24.-El compartir mi habitación con alguien me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

25.-Me siento estresado(a) compartir mi casa con alguien que no es de mi familia

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

26.-Considero que mi casa no es lo suficientemente amplia para mis necesidades y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

27.-Me estresa el tener animales en mi casa (perros, gatos, etc.)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

28.-La zona donde vivo me estresan por la falta de iluminación

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

C.-SINTOMAS: 17 VARIABLES

29.- Cuando estoy estresado(a) sufro de dolores de cabeza

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

30.-Tengo dolores de estomago y retortijones cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

31.-Sufro de estreñimiento cuando estoy nervioso(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

32.-Sufro de mareos cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

33.-Me molesta la espalda cuando estoy tenso(a) y estresado(a) y me duele

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

34.-Tengo palpitaciones cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

35.-Tengo comezón y hormigueo en todo el cuerpo cuando estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

36.-Presento alergias cuando estoy muy tenso(a) y estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

37.-Tengo sensaciones de ahogo cuando me estreso

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

38.- Sufro de retrasos en mi periodo cuando estoy estresada

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

39.-Me pongo agresivo(a) y violento(a) cuando estoy estresado

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

40.-Cuando estoy tenso(a) se me olvidan las cosas con facilidad

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

41.-Tengo poco apetito cuando estoy tenso(a) o nervioso(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

42.-Me siento cansado y sin energía después de estar mucho tiempo tenso(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

43.-Sufro de insomnio cada vez que tengo nervioso(a) o estoy estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

44.-Sudo mucho cada vez que estoy nervioso(a) o estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

45.-Lloro y me desespero con facilidad cada vez que algo me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

D.-ESCUELA 19 VARIABLES

46.-Me estresa el no poder terminar mi ciclo escolar en el tiempo establecido (3 años)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

47.-Mi labor cotidiana en la escuela me provoca mucha tensión y estrés

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

48.-Aun en mis ratos libres pienso en los problemas de la escuela y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Qué clase de problemas _____

49.-Mi horario escolar me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

50.-Mis ocupaciones en le escuela sólo me permiten comer en la calle

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

51.-El terminar todas mis tareas a tiempo me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

52.-Las tareas que me dejan en la escuela no me permite salir a divertirme y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

53.-Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando y me estresan todas mis labores

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

54.-Me siento insatisfecho(a) con mis ocupaciones y me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

55.-Tengo miedo de reprobar un examen y me siento estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

56.-Me estresa el llevarme mal con mi compañeros(as) de escuela

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

57.-Me estresa el no tener buena comunicación con mis maestros

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

58.-Considero mi grupo muy estresante

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

59.-Me estresa el no utilizar automóvil u otro medio de transporte para ir a la escuela

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

60.-Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar alguna tarea

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

61.-Me estresa y me pone nervioso el no considerarme capacitado(a) para mis funciones escolares

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

62.-Tengo la impresión de que mis maestros y/o familia no aprecian el trabajo que hago y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

63.-Me estresa cuando mis compañeros de grupo me agreden física y verbalmente

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

64.-Cuando me estreso suelo agredir a mis compañeros física y verbalmente

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

E.-RELACIONES INTERPERSONALES: 17 VARIABLES

65.-Me estresa depender económicamente de mi familia

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

66.-Suelo confiar en los demás cuando me siento estresado(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

67.-Me siento molesto(a) cuando mis planes dependen de otros

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

68.-Me estresan mucho las disputas entre mis amigos o mi familia

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

69.-Me estresa mucho tener que estudiar y trabajar a la vez

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

70.-Me llevo bien con mis hermanos

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

71.-Me estresa discutir con mis hermanos

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

72.-Me estresa mucho la opinión negativa que mis amigos tengan de mí

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

73.-Me estresa no integrarme a un grupo de amigos

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

74.-Deseo hacer las cosas mejor que los demás y me estresa el no poder realizarlo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

75.-Me estresa que mis amigos no se interesen ni escuchen mis problemas

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

76.-No tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás porque me siento estresado

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

77.-Me estresa que mi pareja me vaya a dejar por otra persona

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

78.-Me estresa el ser el único responsable en mis actividades

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

79.-Siento envidia porque otros tienen más que yo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

80.-Me estresa el saber que un amigo o un familiar se encuentre enfermo u hospitalizado

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

81.-Me pongo nervioso(a) y me molesta cuando me dan órdenes

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

F.-PERSONALIDAD: 20 VARIABLES

82.-Me estresa mi apariencia física

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

83.-Me siento estresado cuando los demás son irresponsables y yo tengo que hacerlo todo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

84.-Me estresa llegar tarde a una reunión o a la escuela

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

85.-Me pone nervioso(a) y me estresa cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mí

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

86.-Me desespero con facilidad cuando hay fila en una ventanilla o establecimiento y me marchó

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

87.-Suelo ser estricto(a) conmigo mismo al momento de realizar alguna actividad

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

88.-Tengo expectativas en mi futuro y eso me estresa el no poder realizarlas

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

89.-Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

90.-Me gusta hacer cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

91.-Me molesto con facilidad si alguien me hace una broma

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

92.-Me molesta y estresa que me culpen de algo que yo no hice

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

93.-Me pone nervioso(a) y me estresa si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

94.-Soy perfeccionista y me estresa el no realizar bien mi trabajo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

95.-Pienso en los que me deben dinero y me estresa que no me paguen

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

96.-Me pongo muy nervioso cuando me quedo atrapado(a) en el tráfico

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

97.-Me molesta y me estresa que no me hagan caso cuando estoy hablando

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

98.-Cuando discuto con alguien comienzo a levantar la voz

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

99.-Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras la otra persona habla

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

100.-Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

101.-Tengo miedo y me estresa que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal como cáncer o SIDA

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

G.-SEXUALIDAD: 11 VARIABLES

102.- ¿Tienes novio(a)?

A).-SI B).-NO

103.- ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

104.- ¿Tu novio(a) te estresa?

A).-SI B).-NO

Por qué _____

105.- ¿Te estresa el iniciar una relación de noviazgo?

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

106.- ¿Te estresa iniciar relaciones sexuales con tu pareja?

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

107.- ¿Te estresa el no tener relaciones sexuales con tu pareja?

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

108.- ¿Te estresa lo que pueda pensar tu pareja de ti?

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

Por qué _____

109.-Mi pareja me cela

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

110.-Soy celoso(a) con mi pareja

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

111.-Mi pareja me agrade verbalmente y/o físicamente

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

112.-Pienso que mi novio(a) tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena y eso me estresa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

H.-FAMILIA: 14 VARIABLES

113.-Mi familia me motiva y me alienta a estudiar lo que me gusta

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

114.-Me estresa y me molesta que mi familia critique a mis amigos

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

115.-Me molesta que mi familia me diga lo que tengo que hacer

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

116.-Me molesta que mis padres no me permitan salir a divertirme con mis amigos

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

117.-El vivir con mi familia me estresa, tanto que quisiera vivir solo(a)

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

118.-Me estresa que mis padres no me escuchen cuando tengo alguna duda

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

119.-Me estresa que no haya comunicación en mi familia

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

120.-Me estresa pensar que alguno de mis padres pueda tener otra familia

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

121.-Me estresa que mis padres se vayan a separar

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

122.-Me estresa que mis padres le den la razón a otra persona y no a mi

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

123.-Me estresa que no tengamos dinero en mi casa para nuestras necesidades

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

124.-Me estresa que mis padres sean sobre protectores conmigo

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

125.-Me estresa que mis padres no me den suficiente dinero para comprarme mis cosas personales

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

126.- Me estresa tener que ayudar en las labores domesticas de mi casa

0).-Nunca 1).-Casi nunca 2).-Frecuentemente 3).-Casi siempre

COMENTARIOS O SUGERENCIAS _____

ANEXO 2
BASE DE DATOS

No	NOMBRE	VALOR	V
Edad	edad en años	1=16 años 2=17 años 3=18 años	O
Sexo	Sexo	1= masculino 2=femenino	N
Año	Año escolar	1=quinto semestre 2=sexto semestre	O
P1	Vivo en.	0=casa 1=departamento 2=cuarto sólo 3=cuarto compartido	N
P2	el lugar donde vivo:	0=propio 1=rentado 2=prestado 3=de un familiar	N
P3	Cuento con:	0=ningún servicio 1=agua y luz 2=celular e internet 3=todos los servicios	N
P4	Vivo:	0=sólo 1=con padres 2=con familiares 3=con amigos	N
P4b	¿Con que familiares?	0=sólo sin familiares 1=sólo con padre 2=sólo con madre 3=padre y hermanos 4=madre y hermanos 5=sólo con tíos 6=con tíos y primos 7=con padres y hermanos	N
P5	¿Quién te sostiene económicamente?	0=sólo 1=padre 2=madre 3=ambos	N
P6	Vivo con padres	0=casados 1=separados 2=divorciados 3=con un solo padre	N
P6b	¿Con cuál de los padres?	0=ningún padre 1=padre 2=madre 3=padre separado 4=madre separada 5=ambos padres	N
P7	¿Cuando esta tenso(a) y estresado(a) que hace?	0=consumo medicamentos o drogas 1=distraerme 2=descansar y relajarme 3=dormir 4=divertirme 5=escuchar	N

		o tocar música 6=tareas 7=jugar videojuegos 8=todas las anteriores	
P7b	¿Causas de tu estrés?	1=escuela, tareas o calificaciones 2=discusiones familiares 3=lugares concurridos 4=ruido 5=competencias	N
P7c	¿Qué molestias siento cuando estoy estresado?	1=falta de concentración 2=irritabilidad 3=nerviosismo 4=dolor de cabeza 5=dolor de cuello 6=dos o más de las anteriores	N
P7d	¿Qué hago cuando tengo estrés?	1=pensar 2=masticar goma 3=reflexionar 4=relajarme 5=beber agua 6=dos o más de las anteriores 7=gritar 8=auto agredirme	N
P7e	¿Cuánto tiempo me dura el estrés?	1=menos de 5 min 2=10 a 15 min 3=20 a 30 min 4= una hora 5=horas 6=días	N
P7f	¿Qué actividad realizo para calmar mi estrés?	1=estar en un lugar silencioso 2=ir a un lugar para distraerme 3=salir con amigos 4=realizar respiraciones	N
P7g	¿Tomas algún medicamento para calmar el estrés?	1=si 2=no	N
P7h	¿Qué tipo de medicamento?	1=ningún medicamento 2=analgésicos 3=tranquilizantes 4=antidepresivos	N
P8	Como con prisa cuando estoy estresado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P9	Cuando estoy estresado (a) hago ejercicio físico para relajarme	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P10	Como entre comidas o más de lo normal cuando estoy estresado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P11	Fumo cuando me siento estresado para relajarme	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P11b	¿Cuánto y con qué frecuencia?	1=ninguno 2=uno al día 3=dos a tres al día 4=más de 5 al día	N
P12	Tomo bebidas alcohólicas cuando estoy estresado para relajarme	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P12b	¿Cuánto y con qué frecuencia?	1=ninguna 2=una al día 3=2 a 3 al día 4=más de 5 al día 5=más de una cajetilla diaria 6=más de una cajetilla al mes	N
P13	Me estresa el no contar con todas las cosas personales que necesito para mis necesidades	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P14	Practico un hobby o afición para relajarme cada vez que estoy estresado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P14b	¿Qué tipo de hobby?	1=jugar videojuegos 2=salir con amigos 3=caminar 4=tocar la guitarra o escuchar música 5=natación o bailar 6=deportes de contacto 7=dibujar	N
P15	Me estresa que mi familia grite en la casa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P16	Siento que necesito más espacio en mi casa porque me estresa estar en un lugar pequeño	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P17	Me estresa que todas mis cosas no estén en su sitio	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P18	Me estresa que tomen mis cosas sin mi autorización	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P19	Me relaja la atmosfera hogareña cuando estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P20	Mis vecinos me estresan cuando gritan o discuten	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P21	Suele estresarme que haya inseguridad en la zona donde vivo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P22	Me estresa que mi cuarto no esté limpio y ordenado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P23	Me estresa que ni en mi casa me pueda relajar de mis actividades cotidianas	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P24	El compartir mi habitación con alguien me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P25	Me siento estresado(a) el compartir mi casa con alguien que no es de mi familia	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P26	Considero que mi casa no es lo suficientemente amplia para mis necesidades y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P27	Me estresa el tener animales en mi casa (perros, gatos, etc.)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P28	La zona donde vivo me estresa por la falta de iluminación	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P29	Cuando estoy estresado(a) sufro de dolores de cabeza	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P30	Tengo dolores de estomago y retortijones cuando estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P31	Sufro de estreñimiento cuando estoy nervioso(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P32	Sufro de mareos cuando estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P33	Me molesta la espalda cuando estoy tenso y estresado y me duele	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P34	Tengo palpitaciones cuando estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P35	Tengo comezón y hormigueo en todo el cuerpo cuando estoy estresado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P36	Presento alergias cuando estoy muy tenso(a) y estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P37	Tengo sensaciones de ahogo cuando me estreso	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P38	Sufro de retrasos en mi periodo cuando estoy estresada	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P39	Me pongo nervioso(a) y violento(a) cuando estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P40	Cuando estoy tenso(a) se me olvidan las cosas con facilidad	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P41	Tengo poco apetito cuando estoy tenso(a) o nervioso(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P42	Me siento cansado y sin energía después de estar mucho tiempo tenso(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P43	Sufro de insomnio cada vez que tengo nervios o estoy estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P44	Sudo mucho cada vez que estoy nervioso(a) o estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P45	Lloro y me desespero con facilidad cada vez que algo me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P46	Me estresa el no poder terminar mi ciclo escolar en el tiempo establecido (3 años)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P47	Mi labor cotidiana en la escuela me provoca mucha tensión o estrés	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P48	Aun en mis ratos libres pienso en los problemas de la escuela y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P48b	¿Qué clase de problemas?	0=ningún problema 1=tareas, calificaciones o exámenes 2=profesores 3=familiares 4=pareja	N
P49	Mi horario escolar me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P50	Mis ocupaciones en la escuela sólo me permiten comer en la calle	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P51	El terminar todas mis tareas a tiempo me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P52	Las tareas que me dejan en la escuela no me permiten salir a divertirme y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P53	Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando y me estresan todas mis labores	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P54	Me siento insatisfecho(a) con mis ocupaciones y me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P55	Tengo miedo de reprobar un examen y me siento estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P56	Me estresa el llevarme mal con mis compañeros(as) de la escuela	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P57	Me estresa el no tener buena comunicación con mis maestros	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P58	Considero mi grupo muy estresante	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P58b	¿Por qué?	1=porque se llevan bien 2=porque no son agradables 3=porque no es unido 4=porque no les hace caso 5=porque es numeroso 6=porque gritan sin razón	N
P59	Me estresa el no utilizar automóvil u otro medio de transporte para ir a la escuela	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P60	Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar alguna tarea	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P61	Me estresa y me pone nervioso(a) el no considerarme capacitado(a) para mis funciones escolares	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P62	Tengo la impresión de que mis maestros y/o familia no aprecian el trabajo que hago y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P63	Me estresa cuando mis compañeros de grupo me agreden física y verbalmente	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P64	Cuando me estreso suelo agredir a mis compañeros física y verbalmente	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P65	Me estresa depender económicamente de mi familia	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P66	Suelo confiar en los demás cuando me siento estresado(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P67	Me siento molesto(a) cuando mis planes dependen de otros	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P68	Me estresa mucho las disputas entre mis amigos o mi familia	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P69	Me estresa mucho tener que estudiar y trabajar a la vez	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P70	Me llevo bien con mis hermanos	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	
P71	Me estresa discutir con mis hermanos	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P72	Me estresa mucho la opinión negativa que mis amigos tengan de mí	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P72b	¿Por qué?	1=porque no hay motivo 2=porque es lo más natural 3=porque no le interesa lo que piensen 4=porque lo considera importante 5=porque lo considera una experiencia	N
P73	Me estresa no integrarme a un grupo de amigos	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P74	Deseo hacer las cosas mejor que los demás y me estresa el no poder realizarlo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P75	Me estresa que mis amigos no se interesen ni escuchen mis problemas	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P76	No tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás porque me siento estresado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P77	Me estresa que mi pareja me vaya a dejar por otra persona	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P78	Me estresa ser el único responsable en mis actividades	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P79	Siento envidia porque otros tienen más que yo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P80	Me estresa el saber que un amigo o un familiar se encuentre enfermo u hospitalizado	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P81	Me pongo nervioso(a) y me molesta cuando me dan ordenes	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P82	Me estresa mi apariencia física	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P83	Me siento estresado(a) cuando los demás son irresponsables y yo tengo que hacerlo todo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P84	Me estresa llegar tarde a una reunión o a la escuela	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P85	Me pone nervioso(a) y me estresa cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mi	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P86	Me desespero con facilidad cuando hay fila en una ventanilla o establecimiento y me marcho	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P87	Suelo ser estricto(a) conmigo mismo al momento de realizar alguna actividad	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P88	Tengo expectativas en mi futuro y me estresa el no poder realizarlas	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P89	Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P90	Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P91	Me molesto con facilidad si alguien me hace una broma	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P92	Me molesta y me estresa que me culpen de algo que yo no hice	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P93	Me pone nervioso(a) y me estresa si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P94	Soy perfeccionista y me estresa el no realizar bien mi trabajo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P95	Pienso en los que me deben dinero y me estresa que no me paguen	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P96	Me pongo muy nervioso(a) cuando me quedo atrapado(a) en el trafico	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P97	Me molesta y me estresa que no me hagan caso cuando estoy hablando	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P98	Cuando discuto con alguien comienzo a levantar la voz	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P99	Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras la otra persona habla	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
p100	Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P101	Tengo miedo y me estresa que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal como cáncer o SIDA	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P102	¿Tienes novio(a)?	1=si 2=no	N
P103	¿Desde hace cuanto tiempo?	0=no tengo novio(a) 1=días 2=semanas 3=meses 4=años	N
P104	¿Tu novio(a) te estresa?	1=si 2=no	N

P104b	¿Por qué?	1=porque no tiene novio(a) 2=porque es una responsabilidad 3=porque tiene intereses personales 4=porque se enojan frecuentemente 5=porque terminan mal 6=porque es tedioso (a)	N
P105	¿Te estresa el iniciar una relación de noviazgo?	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P105b	¿Por qué?	1=porque no sabe como terminara 2=porque no hay razón 3=por motivación 4=porque solo lo toma como una relación más 5=por acuerdo 6=porque se pone nervioso (a)	N
P106	¿Te estresa iniciar relaciones sexuales con tu pareja?	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P106b	¿Por qué?	1=porque no ha tenido relaciones 2=porque lo considera divertido 3=porque tiene que dejar pasar un tiempo 4=porque es algo natural 5=porque piensan en las consecuencias 6=porque no están de acuerdo 7=porque no tiene problemas	N
P107	¿Te estresa el no tener relaciones sexuales con tu pareja?	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P107b	¿Por qué?	1=porque no tiene prisa 2=porque prefiere esperar 3=porque no es importante 4=porque no es conveniente 5=porque piensan que no se debe obligar a la pareja	N
P108	¿Te estresa lo que pueda pensar tu pareja de ti?	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P108b	¿Por qué?	1=porque no le interesa 2=por ser una persona querida 3=porque lo considera una experiencia 4=porque reflexiona sobre sus errores	N

P109	Mi pareja me cela	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P110	Soy celoso(a) con mi pareja	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P111	Mi pareja me agrede verbalmente y/o físicamente	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P112	Pienso que mi novio(a) tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena y eso me estresa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P113	Mi familia me alienta y me motiva a estudiar lo que me gusta	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P114	Me estresa y me molesta que mi familia critique a mis amigos	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P115	Me molesta que mi familia me diga lo que tengo que hacer	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P116	Me molesta que mis padres no me permitan salir a divertirme con mis amigos	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P117	El vivir con mi familia me estresa, tanto que quisiera vivir sólo(a)	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P118	Me estresa que mis padres no me escuchen cuando tengo alguna duda	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P119	Me estresa que no haya comunicación en mi familia	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P120	Me estresa pensar que alguno de mis padres pueda tener otra familia	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P121	Me estresa que mis padres se vayan a separar	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N

P122	Me estresa que mis padres le den la razón a otra persona y no a mí	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P123	Me estresa que no tengamos dinero en mi casa para nuestras necesidades	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P124	Me estresa que mis padres sean sobreprotectores conmigo	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P125	Me estresa que mis padres no me den suficiente dinero para comprarme mis cosas personales	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N
P126	Me estresa tener que ayudar en las labores domesticas de mi casa	0=nunca 1=casi nunca 2=frecuentemente 3=casi siempre	N