CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

CAPITULO 1

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

La adolescencia corresponde al período de edad donde se presentan cambios rápidos en el crecimiento físico, desarrollo psicosocial y maduración antes de alcanzar la vida adulta.

La Menarquía en las mujeres suele presentarse entre los 9 y 15 años y la Espermarquía se presenta en los hombres entre los 10 y 17 años. Ambos sucesos marcan el inicio de la adolescencia.

La Antropometría durante la adolescencia es importante porque permite la evaluación de los cambios físicos y de maduración; para evaluar dicho crecimiento se utiliza el **Indice de Masa Corporal IMC de Quetelet** (peso en Kg. entre talla en metros al cuadrado x 100) que es el índice de crecimiento físico, el cual se incrementa considerablemente durante la adolescencia; el aumento de peso en esta etapa se debe principalmente a un aumento de tejido muscular en los varones y de tejido adiposo en las niñas.

El índice de masa corporal, es considerado como el mejor indicador del estado nutricional en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en la composición corporal con la edad.

2. EVALUACIÓN

La evaluación del crecimiento y desarrollo físico se deberá realizar a través de:

2.1 Evaluación del Crecimiento Físico
Se deberá hacer a través de la gráfica de índice de masa corporal (IMC), tanto para hombres como mujeres. Deberá incluir:

2.1.1 Historia Clínica*:* Investigación de antecedentes familiares como: Obesidad, retardo en talla, antecedentes personales, características previas del crecimiento y desarrollo, historia nutricional, infecciones, uso y abuso de drogas.

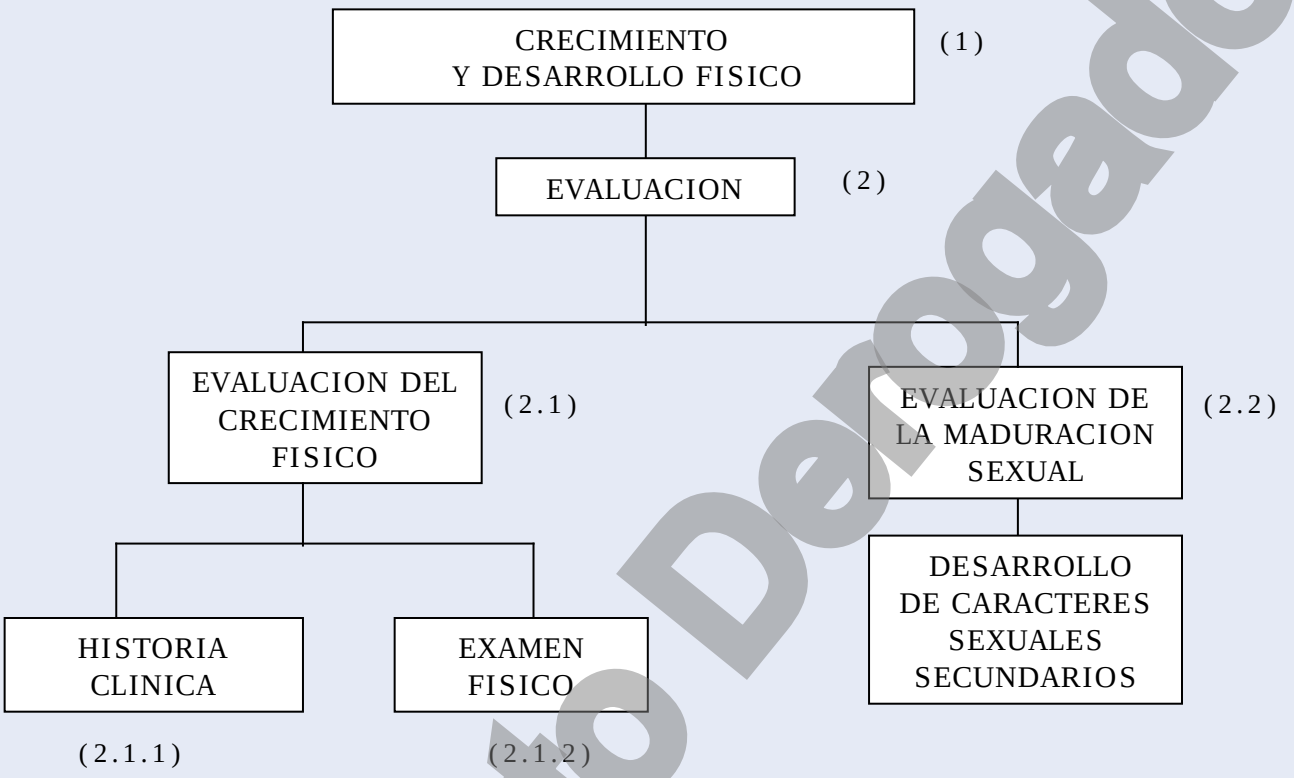
2.1.2 Examen Físico*:* Características del fenotipo en especial las malformaciones, evaluación de la maduración sexual (estadio de Tanner), determinar hipocrecimiento testicular, ginecomastia, examen pélvico y genital.

2.2 Evaluación de la Maduración Sexual
La maduración sexual corresponde al conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos que finalizan en la transformación de un cuerpo adulto con capacidad de procrear. La evaluación de la maduración sexual, junto con otras características somáticas permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad.

La maduración sexual en la mujer se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello púbico y axilar y la menarquía. El desarrollo mamario y el vello púbico se determinan mediante la observación y comparación con los estadios de Tanner.

La evaluación de la maduración sexual del hombre se basa en la observación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (genitales externos, vello púbico, axilar y facial y cambio de voz), del desarrollo testicular y de la eyaculación. Al igual que en la adolescente, el desarrollo de los genitales externos y del vello púbico se determina en los estadios de Tanner

Documento Descargado



Documento Derogado

PUBERTAD

1. PUBERTAD

Es una etapa de la adolescencia, que se caracteriza por cambios biológicos y somáticos, en la que se produce un crecimiento rápido en todos los tejidos, cambios en la composición corporal, empiezan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la capacidad reproductora.

Los cambios físicos que acompañan al desarrollo de la pubertad son resultado directo o indirecto de la maduración del hipotálamo, la estimulación de los órganos sexuales y la secreción de los órganos sexuales.

Uno de los elementos para evaluar la pubertad, es la valoración de los caracteres sexuales secundarios, a través de los Estadios de Tanner que toman en consideración el crecimiento de la glándula mamaria en las adolescentes, y el aspecto de los genitales y el vello pubiano para ambos sexos.

En las adolescentes, la primera manifestación de inicio de la pubertad es el incremento en talla y peso seguido de la aparición del botón mamario y luego del vello púbico.

En los adolescentes, el inicio de la pubertad se manifiesta con el aumento testicular.

La pubertad se caracteriza por: **Variabilidad** en su inicio, duración y culminación en individuos del mismo sexo y más aún cuando se compara con el sexo opuesto.

Predictibilidad , se refiere a que los eventos siguen una secuencia determinada, en la mayoría de los casos. El ritmo o tiempo de maduración individual determina el tipo de patrón de maduración.

2. VARIANTES NORMALES

Se consideran variantes normales las siguientes:

2.1 Madurador Temprano o Adelanto Constitucional del Crecimiento (ACC), caracterizado por talla normal, maduración ósea adelantada en relación con la edad cronológica y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP)

2.2 Madurador Promedio, caracterizado por talla normal, maduración ósea normal (edad ósea acorde con la edad cronológica) y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP). La ubicación de los caracteres sexuales secundarios está de acuerdo con la edad promedio en que se inicia.

2.3 Madurador Tardío o Retardo Constitucional del Crecimiento (RCC), caracterizado por talla normal, maduración ósea retardada en relación con la edad cronológica y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP).

3. VARIANTES PATOLÓGICAS

Se presentan cuando los caracteres sexuales secundarios aparecen a una edad que sobrepasan dos categorías arriba o por debajo del promedio, caracterizado por una talla adulta final que se predice por fuera del (PP) y la maduración ósea, puede estar dos o tres años más retardada o adelantada a la edad cronológica, se consideran dos categorías:

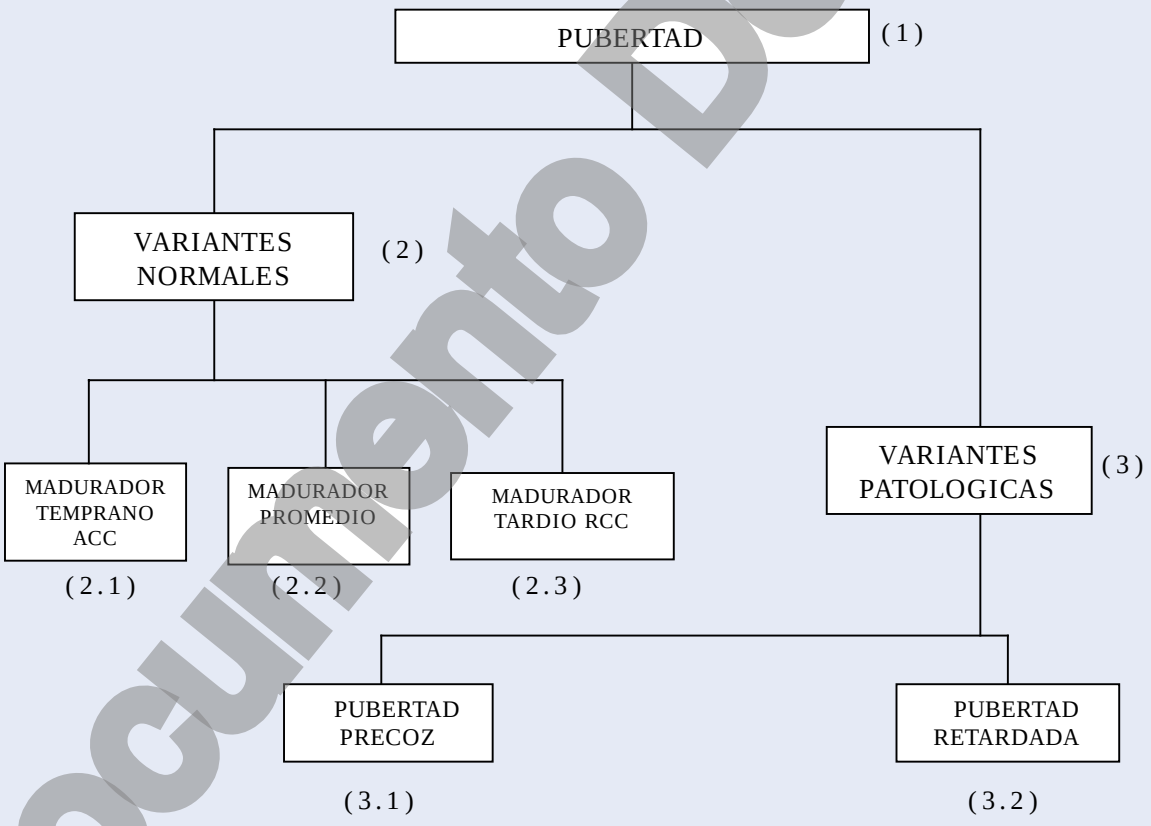
3.1 Pubertad Precoz, cuando el proceso puberal se desencadena antes de lo esperado (2.5 desviaciones estándar o más antes de la edad normal), es decir en las niñas antes de los 8 años y en los niños antes de los 9.5 años de edad, ya sea por reactivación central del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal o por reactivación precoz periférica independiente de la estimulación del eje que desencadena el inicio del proceso puberal.

Documento Borrador

3.2 Pubertad Retardada o interrumpida,
Es la ausencia de inicio de la pubertad después de 2.5 desviaciones estándar de la edad considerada como normal; la ausencia de Telarquia a los 13 años de edad o de menarquia a los 16 años, o en las que han pasado cinco años o más desde la iniciación del desarrollo puberal sin que se haya producido la menarquia.

Existen criterios para definir el retardo puberal de acuerdo con el inicio, la duración y progresión de los estadios de maduración sexual, aparición de la menarquia, además de la valoración de la edad ósea.

La Pubertad retardada se produce por alteración del eje hipotálamo-hipófisis y da como resultado una baja producción de gonadotropinas, hipogonadismo hipogonadotrópico; o por falla ovárica con una elevación de gonadotropinas que da como resultado hipogonadismo hipergonadotrópico.



Documento Derogado

CAPITULO 2

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

SHIGELOSIS - PARASITISMO INTESTINAL - AMIBIASIS

1. SHIGELOSIS - PARASITISMO INTESTINAL - AMIBIASIS

Las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen la causa más frecuente de consulta en adolescentes en los diferentes establecimientos de salud. En este capitulo abordaremos la Shigelosis, el parasitismo instestinal y la amibiasis, siendo estas las más frecuentes para este grupo etáreo.

1.1 Shigelosis
Infección bacteriana aguda que afecta el intestino grueso y la porción distal del intestino delgado (ileon).
La enfermedad suele ser de curso limitado y durar en promedio de 4 a 7 días; es endémica en climas tropicales y templados; pueden darse brotes en grupos humanos en condiciones de hacinamiento y deficiencia de higiene personal y sanitaria.

1.2 Parasitismo Intestinal
Es la infección del intestino delgado por helmintos y/o protozoarios por lo general con pocos síntomas o ninguno

1.3 Amibiasis
Es una infección principalmente del intestino producida por especies patógenas de amibas, en particular Entamoeba histolítica. Los procesos infecciosos pueden afectar el higado y otros organos en menor frecuencia.

2. EPIDEMIOLOGIA

La Shigelosis causa unas 600.000 defunciones al año en todo el mundo. Las dos terceras partes de los casos y casi todas las defunciones se observan en niños menores de 10 años de edad. Los índices de ataque secundario en núcleos familiares pueden llegar a 40% son comunes los brotes en hombres homosexuales población que vive en condiciones de hacinamiento y en caso de hábitos higiénicos deficientes.

El parasitismo intestinal es frecuente en nuestro país correspondiendo el 10% en las mujeres y el 11% en los varones, según datos del informe: Principales Causas de Consulta Ambulatoria del año 2001.

La amibiasis afecta del 1 al 2 % de la población a nivel mundial; se da más frecuentemente en países tropicales como el nuestro y ataca preferentemente a hombres jóvenes

3. ETIOLOGÍA

La Shigellosis es causada por bacterias gram–negativas: shigella sp. que comprende 4 subgrupos: Shigella dysenteriae, flexneri, boydii y sonneii.

El parasitismo intestinal es causado por Giardia Liambia, tricocéfalos y helmintos.

La amibiasis es causada por la Entamoeba histolítica

3.1 Forma de Transmisión:
La Shigellosis es adquirida por contaminación fecal-oral directa.
Parasitismo Intestinal: Fecal-oral directa o indirectamente de un paciente sintomático o de un portador.
Amibiasis: Ingestión de alimentos o de agua contaminada por heces que contienen quistes amibianos

3.2 Período de Incubación:
Shigellosis: Por lo común de 1 a tres días, pero puede variar de 12 a 96 horas, hasta una semana en el caso de Shigella dysenteriae.

Parasitismo Intestinal: De 3 a 25 días o mas con una mediana de 7 a 10 días.

Amibiasis: Varía de uno a varios meses o años, por lo común dura de dos a cuatro semanas.

Documento Derogado

3.3 Período de Transmisibilidad:

Shiguellosis: Durante la fase aguda de la infección y hasta que ya no esté presente en las heces, el agente infeccioso, lo cual suele ocurrir en un lapso de cuatro semanas después de la enfermedad.

Parasitismo Intestinal: Para la helmintiasis puede durar todo el período de la infección que suele ser de meses.

Amibiasis: Comprende el lapso en que se expulsan quistes de Entamoeba histolítica que puede durar años.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico:

Shigellosis: Se manifiesta por diarrea líquida, fétida, acompañada de fiebre, náusea, vómito, cólico, tenesmo, en los casos típicos, las heces contienen sangre y moco (disentería), calambres abdominales e inferiores

Parasitismo Intestinal: Se manifiesta con dolor abdominal así como distensión abdominal, diarrea crónica, puede haber mala absorción de grasas, cólico, prurito anal, cefalea ocasional, náuseas.

Amibiasis: Puede manifestarse con disentería aguda y fulminante con fiebre, escalofríos, diarrea sanguinolenta o mucoide, malestar abdominal leve que alterna con período de estreñimiento, pujo, tenesmo y retortijones. **Cuando se trate de mujeres adolescentes descartar embarazo para indicar tratamiento.**

4.2 Laboratorio

Shigellosis: Aislamiento de la shigella en medios de cultivo como EMB agar A menudo la infección se acompaña de un gran número de polimorfo nucleares que pueden ser visto por estudios microscópicos en una muestra de heces.

Parasitismo Intestinal: Se realiza por el hallazgo microscópico de los huevecillos, trofozoitos, y/o quistes del parásito en las heces.

Amibiasis: El examen de heces debe ser de una muestra recién obtenida y conservada de manera apropiada, o un frotis del aspirado obtenido por proctoscopia, o aspirado de abscesos hepáticos o cortes del tejido. **Ante sospecha de embarazo indicar gravindex.**

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención:
Educación a la población sobre:

- El lavado de manos y recorte de uñas,
- Uso de agua segura (hervida y/o cloración),
- Preparación, manipulación y conservación de alimentos de manera adecuada para evitar la contaminación con heces fecales.
- Evitar el consumo de alimentos crudos sin previa desinfeccion
- Divulgación de medidas preventivas a nivel institucional
- Disposición correcta de basuras, excretas
- Desparasitación escolar previa coordinación con docentes de las escuelas,
- Promover el uso de sueros orales, si se presentara problemas diarreicos
- Capacitación para evitar contaminación a manipuladores de alimentos con fines comerciales.

5.2 Curación:
Valoración del estado de hidratación del paciente, reposición de líquidos y electrolitos si es necesario.

Documento Derogado

Si procede indicar examen de heces, recolección y conservación de muestra en forma adecuada, definir el tratamiento según diagnóstico clínico y resultados de exámenes laboratorio.

Tratamiento antiparasitario, en base al agente infeccioso causante.

Ver cuadro de tratamiento.

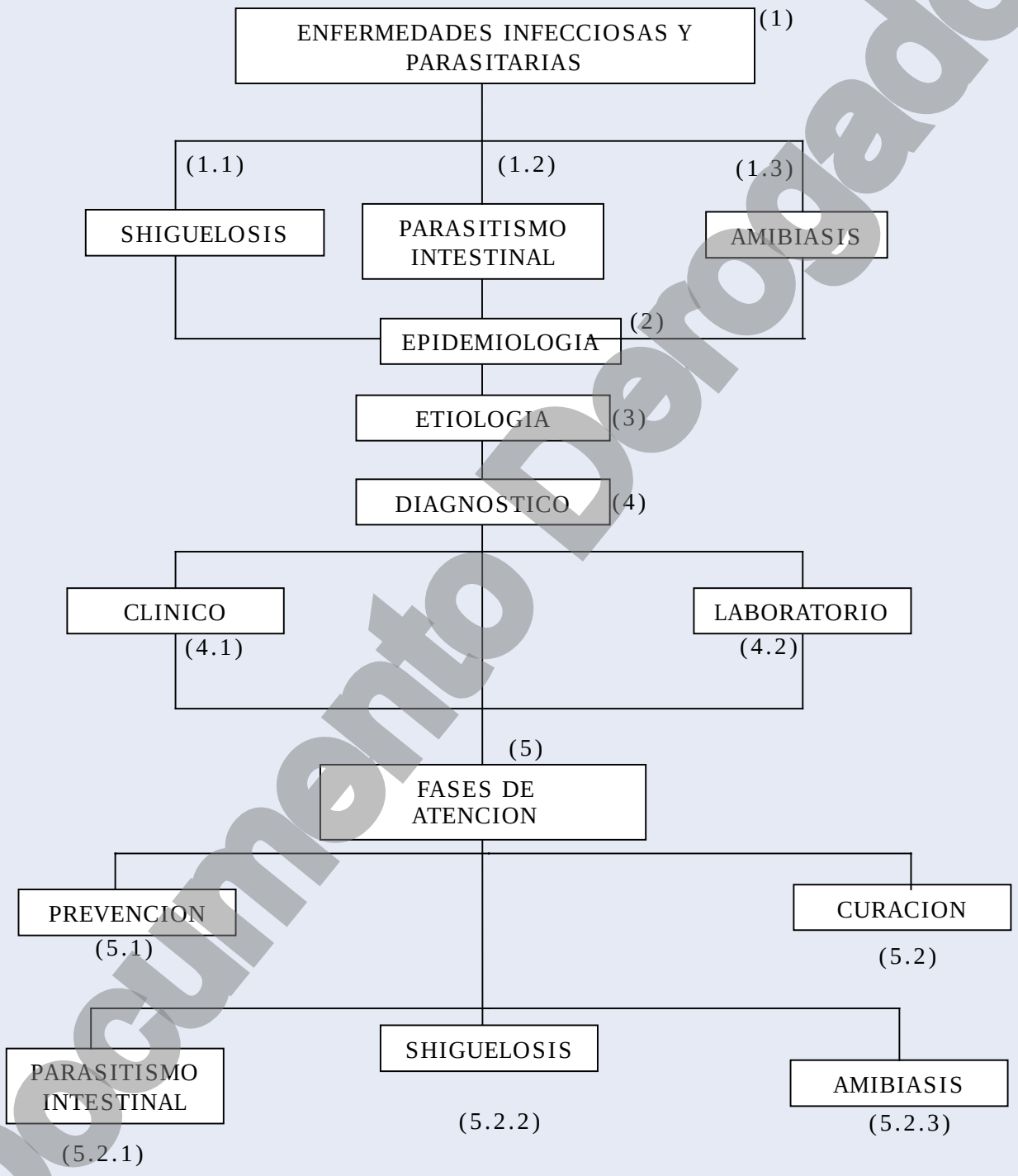
Agente infeccioso	**Tratamiento**
Helmintos y Oxiuros	Mebendazol 100 mg cada 12 hrs x 3 días O Albendazol 400 mg Dosis Unica Repetir en 15 días.
Shigelosis	Trimetropin Sulfametoxazole 8 a 10 mg/Kg/día dividido en 2 dosis x 7 días.
Amibiasis y Giardiasis	Metronidazol 40 mg/kg/día dividido en 3 dosis por 10 días.
Quistes de amiba o giardia	Furoato de Diloxanida 500 mg 3 veces al día x 10 días.

5.2.1 Educacion al paciente :
Orientar al paciente y familia sobre la importancia y forma correcta de ingestión de los medicamentos y hacer énfasis en: señales de peligro de deshidratación y/o complicación, en la higiene personal y de los alimentos, intervenciones preventivas a nivel individual, familiar o comunitario hacer demostraciones de la preparación del suero oral

Hacer visita domiciliar, si es necesario, para el seguimiento de condiciones de saneamiento básico a nivel familiar y comunitario,

5.2.2 Criterios de Derivaciòn
Referir al segundo nivel de atención en caso de dolor abdominal agudo o cuando, los vómitos sean incontrolables, deshidratación moderada o severa que amerite hidratación parenteral y no haya mejoría de signos y síntomas no obstante el tratamiento adecuado.

Documento Derogado



Documento Derogado

ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS

CAPITULO 3

Documento Derogado

ANEMIA

1. ANEMIA

Es la disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y condición fisiológica normal; en las mujeres es menor a 12 gr. y en hombres menor a 15 gr.

2. EPIDEMIOLOGIA:

La anemia ferropriva es la más frecuente en nuestro medio en la población en general y el 23% de diagnósticos de anemia corresponde a adolescentes, con una frecuencia de 67% en las mujeres.

Existen otros tipos de anemias de origen diferente siendo la ferropriva la más frecuente.

3. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES:

La anemia puede producirse por:

- Disminución en la producción de hematíes (anemia aplástica)
- Aumento en la destrucción de hematíes (anemia hemolítica)
- Pérdida de sangre,
- Hábitos alimentarios inadecuados o deficientes (megaloblástica o ferropriva)
- Sangramientos agudos o crónicos,
- Como consecuencia de condiciones ambientales y socioeconómicas desfavorables.

3.1 Clasificación:

- **Por la concentración de Hb puede ser**: normocrómica e hipocrómica,
- **Por el tamaño de los hematíes**: microcítica, normocítica y macrocítica.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Historia Clínica: investigar sobre:

Antecedentes familiares**:** de enfermedades sanguíneas.

Antecedentes personales: sangramientos anteriores agudos o crónicos. Artritis reumatoidea. Hipotiroidismo, patologías de vías digestivas, ingesta de anticonceptivos orales o de anticonvulsivantes, enfermedades infecciosas crónicas, déficit de ingesta de hierro y folatos, trastornos menstruales,

Parasitosis: Mala absorción intestinal. **Hematuria:**(deportistas de alta competencia), hábitos higiénicos tabaquismo.

Exploración Física: Palidez cutánea, o Equimosis**,** sangrado de mucosas (trombocitopenia), Telangiectasias (cirrosis), Adenomegalia, Esplenomegalia (hematopoyesis extramedular, drepanocitosis), Exploración neurológica**:** para descartar neuropatías (intoxicación con metales pesados o déficit de vitamina B12), y descartar embarazo.

4.2 Laboratorio

4.2.1 Hemograma: Hb, hematócrito e indicadores hematínicos; el volumen corpuscular medio (VCM) cuando es mayor al 95 orienta acerca de anemia por déficit de vitamina B12 y folatos.

Si esta entre 85 y 95 se debe descartar una enfermedad crónica o hacer una biopsia

medular (anemia aplasica, infiltración metastásica, otras) si es menor de 80, se debe efectuar una electroforesis de hemoglobina para descartar hemoglobinopatías Para el diagnóstico confirmatorio de anemia ferropriva es útil la determinación de ferritina sérica y saturación de la transferrina,

4.2.2 Frotis de Sangre:
Si se demuestra alteraciones del glóbulo rojo, se debe descartar causas de hemólisis solicitando reticulocitos y prueba de Coombs, en el frotis se puede detectar anomalías de las plaquetas y de los leucocitos.

4.2.3 Examen de heces:
Investigar parasitosis y sangre oculta en heces

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Promover el mejoramiento de las condiciones medio ambientales, el consumo de alimentos ricos en hierro y folatos (vísceras, carnes rojas, frijoles, hojas verdes, otros). (Ver guía de alimentación para adolescentes),

Recomendar el consumo de alimentos fortificados con hierro (harinas), realizar campañas de desparasitación, promover el inicio temprano del control prenatal de adolescentes embarazadas, evitar dietas sin supervisión médica, complementar las dietas vegetarianas, vigilar trastornos de la conducta alimentaria como bulimia o anorexia.

5.2 Curación

El tratamiento debe ser dietético y corregir la causa subyacente si es que la hay.

Iniciar prueba terapéutica con **suministro de hierro oral, como sulfato ferroso (300mg) 1 tableta 3 veces al día, durante 1 mes,** asociado con la **ingestión de 500 mg de vitamina C,** tres veces al día o jugos de frutas cítricas.

Al mes, repetir un hemograma, se considera una respuesta positiva un aumento de la Hb de más o menos 1gr. por litro y se debe continuar terapia con hierro por al menos tres meses.

5.2.1 Educación al paciente

Orientar al adolescente y su familia sobre los hábitos dietéticos saludables y la importancia de continuar el tratamiento a pesar de haber mejorado los niveles de Hb.

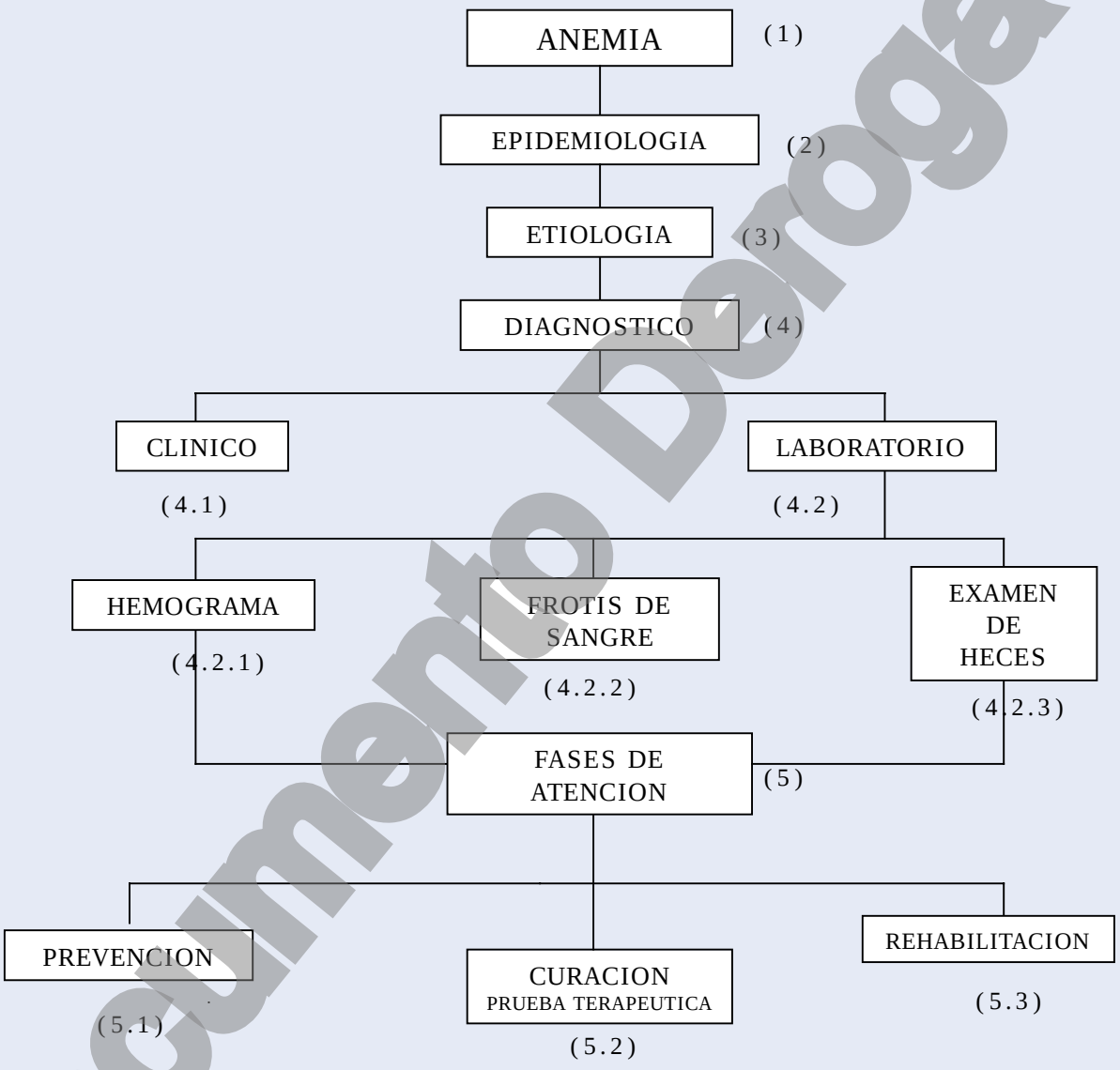
5.2.2 Criterios de derivación

Cuando se encuentre anormalidades celulares en el frotis de sangre periférica o pruebas de hemólisis (Coombs) o alteraciones en el VCM que orienten a hemoglobinopatías o anemia aplástica.

5.3 Rehabilitación

Es recomendable para el tratamiento de anemias ferropénicas durante la adolescencia, la administración de sulfato ferroso (300 mg cada día) durante períodos de 3 a 6 meses; para restaurar los depósitos de hierro. Así mismo debido a las irregularidades menstruales de este período es conveniente la administración de hierro durante los días de la menstruación.

Documento Borrador



Documento Derogado

LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA

1. LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA

Es una enfermedad maligna de los órganos hematopoyéticos y se caracteriza por predominio de precursores mieloides inmaduros.

2. EPIDEMIOLOGIA

Un 3% de las leucemias de la infancia son Leucemias mielocíticas crónicas (LMC) y el pico de incidencia se produce a los 10 y 12 años de edad.

3. ETIOLOGIA

Se desconoce el mecanismo etiológico en el hombre, pero se han investigando causas desencadenantes como exposición a radiaciones ionizantes, virus oncógenos, factores genéticos y congénitos, uso de sustancias químicas.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico:

Disminución en el número de células hematopoyéticas normales y con invasión de otros órganos por células leucémicas, se ignora porque la hematopoyesis normal está suprimida, pero puede ser debido a sustancias supresoras liberadas por los blastos leucémicos.

Anemia: Astenia, palidez, cefalalgia, disnea, angina, edema e insuficiencia cardiaca congestiva, pérdida de peso, anorexia, reducción en la capacidad de ingesta de alimentos.

Hemorragia: Las manifestaciones hemorrágicas en pacientes por leucemia aguda recién diagnosticada, por lo común se debe a trombocitopenia (cuando las plaquetas bajan a menos de 20.000), sangramiento de encías, epistaxis, petequias, equimosis, menorragia, melena y pérdida excesiva de sangre, suele haber infiltraciones intracraneales por leucocitos.

4.2 Laboratorio

Examen de sangre (hemograma) y de médula ósea muestran un aspecto de granulositos maduros e inmaduros, similar al observado en la médula normal. Es frecuente el incremento de eosinofilos, basófilos o ambos.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención:

En prevención primaria en muy poco lo que se puede realizar en este tipo de enfermedades (evitar la radiación o exposición a tóxicos) pero podemos tratar oportunamente sus complicaciones

Orientar a padres y madres sobre síntomas de la enfermedad, importancia de consultar oportunamente al establecimiento, evitar la automedicación, importancia del control de la salud, evitar la exposición a sustancias químicas

5.2 Curación

Proteger al paciente de infecciones sobreagregadas, administración de medicamentos según indicación del médico especialista, realizar los exámenes indicados, controlar y registrar signos vitales, asistir a los procedimientos especiales y transfusiones, evitar flexionar los miembros inferiores, brindar cuidados higiénicos, controlar los líquidos ingeridos y eliminados, brindar atención durante períodos de sangramiento, brindar terapia ocupacional y psicológica

5.2.1 Criterios de derivación

El principal papel del primer y segundo nivel de atención es la vigilancia del cumplimiento de las indicaciones del médico especialista tratante y la detección y tratamiento oportuno de las infecciones cuando el estado general del adolescente indique complicaciones se debe referir al paciente al Hospital de Referencia Nacional.

Documento Borrador

5.3 Rehabilitación

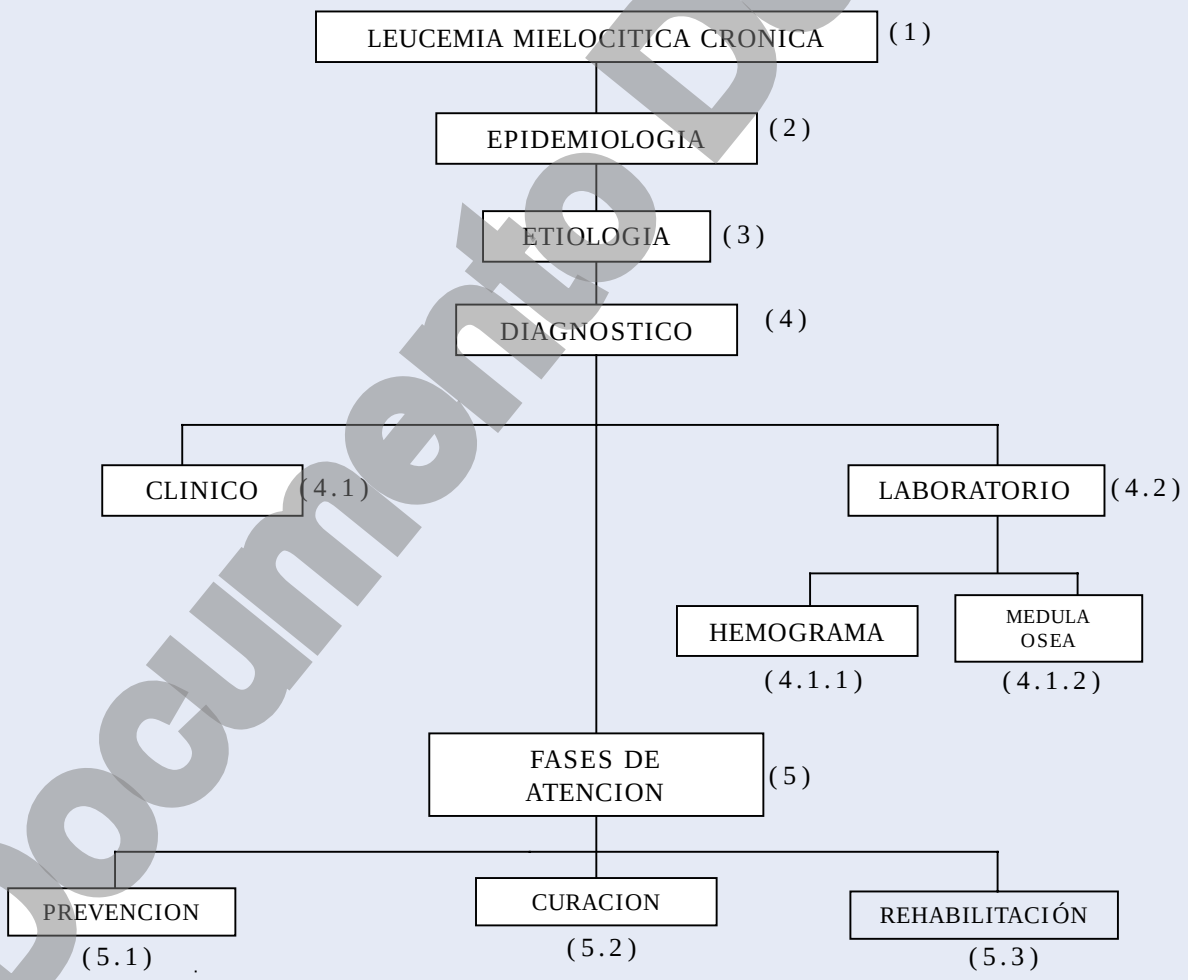
Orientación a padres/ madres de familia sobre:

- Importancia del apoyo al paciente y la participación en el tratamiento, realizar cuidados higiénicos, llevarlo a sus controles médicos,

- Mantenerlo en un ambiente que le disminuye el riesgo a infecciones y accidentes, Discutir signos y síntomas de alarma por los cuales deberá consultar a la Unidad de Salud (fiebre, sangramiento, falta de apetito, vómitos) para primeros auxilios y referencia inmediata a hospital,

- Estimularlos a su autocuidado,

- Asistencia durante la quimioterapia explicando los efectos colaterales, cuidados para recuperación y autoestima, apoyo psicoterapéutico.



Documento Derogado

CAPITULO 4

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA FUNCION ENDOCRINA, NUTRICIONAL Y METABOLICA

DELGADEZ

1. DELGADEZ

Se refiere cuando al evaluar el estado nutricional, el índice de masa corporal (IMC) según edad se encuentra abajo del percentil 5 según gráfica de evaluación del estado nutricional de 10-19 años para mujeres y hombres. (Generalmente un IMC<18)

2. ETIOLOGIA

Factores condicionantes: Inadecuados hábitos de alimentación, analfabetismo, ambiente insalubre, infecciones a repetición, parasitismo intestinal, bajos ingresos económicos en la familia.

3. DIAGNOSTICO

3.1 Clínico: Historia de pérdida de peso, hipotrofia muscular, apatía, falta de interés, somnolencia, piel pálida y reseca, resequedad del cabello, uñas quebradizas. Evaluación clínica completa para verificar su estado de salud, evaluar el estado nutricional según IMC, verificar el estado de salud general, indagar enfermedades agregadas.

3.2 Laboratorio: Hemograma para verificar si hay anemia, examen general de heces y examen general de orina

4. FASES DE ATENCION

4.1 Prevención:

- Evaluar el estado nutricional del o de la adolescente, según gráfica de evaluación (IMC) siempre que consulten por cualquier causa.

- Brindar educación alimentaria y nutricional al o la adolescente y a su familia y felicitar al o la adolescente si el estado de nutrición es normal.

- Informar a los adolescentes y sus padres sobre las consecuencias de la desnutrición en el período de la adolescencia y sobre la importancia de una alimentación adecuada,.

- Orientar sobre la importancia del ejercicio físico.

- Educar en la realización de hábitos higiénicos adecuados

4.2 Curación

- Dieta alimentaria balanceada acorde a las deficiencias de su crecimiento y desarrollo y tratamiento de causa específica si es que la hay.

- Brindar soporte nutricional según guía de alimentación de adolescentes.

4.2.1 Criterios de Derivación

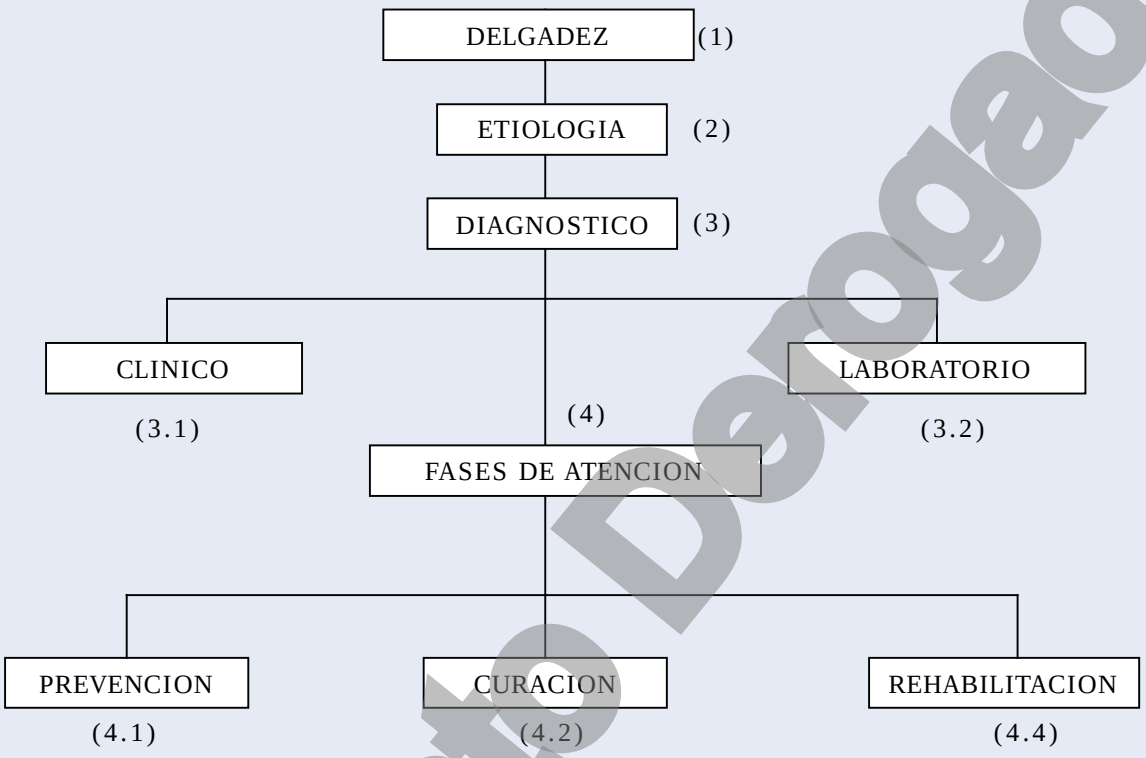
Referir del primero al segundo nivel de atención, si el índice de masa corporal esta por abajo del percentil 5 y además si existe una enfermedad sobreagregada no severa.

Referir del segundo al tercer nivel de atención, si persiste estado de delgadez con enfermedad agregada severa, con o sin trastornos del tubo digestivo que dificulta la alimentación.

4.3 Rehabilitación

Seguimiento nutricional individualizado y vigilancia de los cambios en hábitos alimenticios, higiénicos y de actividad física, para lograr superar las deficiencias.

Documento Borrador



Documento Derogado

OBESIDAD

1. OBESIDAD

Es el exceso de peso con respecto al valor aceptado según sexo y talla con IMC mayor de percentil 95 según tabla para hombres y mujeres (Generalmente un IMC > 30)

2. CRITERIOS

Antropométricos: Expresado por: Índice de masa corporal (IMC) mayor de percentil 95
Anatómicos: Determinado por un patrón de distribución de grasa corporal (no de grasa corporal excesiva) a nivel troncular abdominal (androide y ginecoide)

3. ETIOLOGIA

Se constituyen dos tipos:

3.1 Exógena o Primaria:

Es la más frecuente en los adolescentes, esta relacionada con la ingesta, calidad de dieta y falta de actividad física, representa el 90% de los casos, obedece a una etiología multifactorial (factores hereditarios ambientales, nutricionales, emocionales y psicológicos).

3.2 Andrógena o Secundaria:

Constituye alrededor del 10% de las causas de obesidad, entre estas están: Endocrinas: Hiperinsulinismo secundario a tumor de células Beta del páncreas o lesión hipotalámica.

4. DIAGNOSTICO

Comprende la elaboración de una historia clínica, la realización de exámenes clínicos y exploración psicológica

4.1 Clínico:

Antecedentes personales:

Edad de aparición de la obesidad, patrón de ganancia de peso, hábitos dietéticos, actividad física, ingesta de medicamentos (glucorticoides, antihistamínicos psicotrópicos, anticonceptivos y otros), presencia de trastornos de la conducta alimentaria (picoteo y circunstancia que acompaña la ingesta como el estrés y la ansiedad).

Detección de enfermedades que causan obesidad, características del patrón de maduración sexual puberal y cambios en la composición corporal, trastornos menstruales, afectación de la imagen corporal

Antecedentes familiares:
Obesidad familiar, hábitos y consumo de alimentos, actitud ante la comida, autopercepción de la obesidad.

Examen Físico: verificar el estado de salud general, indagar posible enfermedades agregadas y/o psicológicas, realizar exámenes de laboratorio orientados a las posibles causas aspecto del paciente, tensión arterial, presencia de estrías, lipodistrofia, acné. Fascies Cushingoide, Hipotiroidismo e hirsutismo.

Evaluación Antropométrica: Atención a los indicadores de dimensión corporal, percentil igual o mayor de 95,

Maduración Esquelética: Representada por la edad ósea, se evalúa mediante el análisis de una radiografía de mano y muñeca izquierda

4.2 Laboratorio

Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, orina, heces, glicemia, tolerancia de glucosa, triglicéridos

4.3 Evaluación Psicológica: Se examina la recuperación en la imagen corporal, en las relaciones interpersonales y en sus diferentes actividades, autoestima baja, el estrés emocional y la ansiedad

Documento Derogado

5. FASES DE ATENCIÓN

5.1 Prevención

Evaluar el estado nutricional a través de la gráfica de IMC e intervenir oportunamente ante cualquier alteración.

Fomentar e incrementar la actividad física y cambios de hábitos de alimentación.

5.2 Curación

- Tratar la causa especifica en los casos en los que se identifique.
- Indicar una dieta adecuada para que el adolescente pueda alcanzar su peso ideal de acuerdo a lo establecido en el Manual de alimentación para adolescentes.

5.2.1 Consejería:

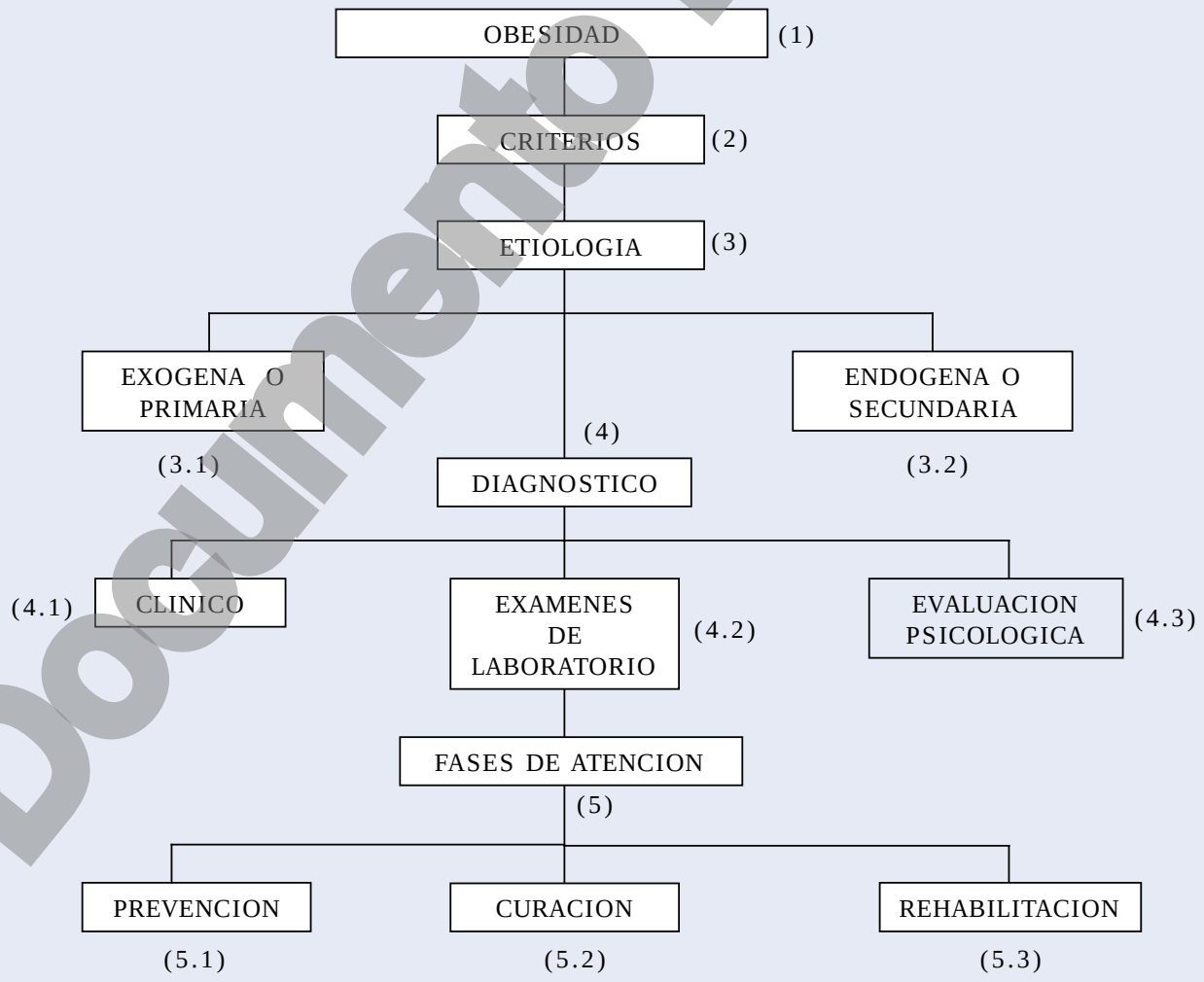
Orientar sobre la importancia de una alimentación adecuada y del ejercicio físico, Orientar sobre el manejo social de la obesidad y las criticas de la familia o de sus pares, tratar de mejorar la autoestima, motivar al estilo de vidas saludables y referir al segundo o tercer nivel de atención para intervención nutricional y apoyo especializado de psicólogo y endocrinólogo.

5.2.2 Criterios de Referencia

Referir al segundo o tercer nivel para intervención nutricional y otros apoyos especializados como psicológico y endocrinológico.

5.3 Rehabilitación

Intervención psicológica, seguimiento nutricional individualizado y de patologías en proceso de tratamiento.



Documento Derogado

PUBERTAD PRECOZ

1. PUBERTAD PRECOZ

Es el inicio del proceso de maduración sexual antes del tiempo considerado como normal (2.5 o más desviaciones estándar antes o generalmente abajo de los 8 años de edad en las niñas y menor de 9 años en los niños) y que cumple con los criterios siguientes:

- Edad ósea adelantada con respecto a la edad cronológica (en ambos sexos),
- Aumento de la velocidad de crecimiento (en ambos sexos) que finaliza con el cierre epifisiario,
- Talla adulta final baja por cierre epifisiario prematuro.

2. EVALUACION DIAGNOSTICA

2.1 Clínico

Historia Clínica. Se debe investigar:

- El patrón de maduración puberal de los familiares,
- Fuente exógena de esteroides (tópico o por vía oral),
- Edad del inicio del botón mamario, vello pubiano, aumento testicular, acné, vello axilar, brote de crecimiento y pico de velocidad máxima (PVM)
- Enfermedades intercurrentes

Examen Físico:

Clasificación de Estadío de Tanner, descartar las formas aisladas de telarquia y adrenarquia precoz, detectar signos de alteración neurológica y virilización.

2.2 De Laboratorio

El perfil hormonal contemplado incluye: LH, FSH, estradiol, testosterona, gonadotropina coriónica.

3. VARIANTE NORMAL

Es el adelanto constitucional del crecimiento (ACC) o patrón de maduración temprano. Es un diagnóstico de exclusión, se caracteriza por antecedentes de patrón de maduración puberal temprano en los padres y durante su infancia, edad ósea adelantada con predicción normal para el potencial genético de los padres (pp)

4. VARIANTES PATOLOGICAS

Se consideran dos categorías:

- La pubertad precoz central completa (PPC)
- La pubertad precoz periférica incompleta (PPP) o pseudopubertad

4.1 Pubertad Precoz Central o Completa: conocida también como Pubertad Precoz Verdadera y es la activación temprana del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

4.2 Pubertad Precoz Periferica Incompleta (PPP)

Pseudopubertad precoz: Es la activación precoz de una fuente productora de esteroides gonadales, adrenales o de Gonadotropinas independiente de la estimulación de eje hipotálamo-hipófisis que desencadena el inicio de uno o varios eventos del proceso puberal sin que este sea completado .

Se manifiesta con signos de virilización o feminización.

Las formas más comunes benignas son

- **Telarquía prematura**: Aumento de la glándula mamaria uni o bilateral, sin otros signos de maduración sexual.
- **Adrenarquia Prematura**: Es la producción precoz y aislada de andrógenos por la corteza adrenal en respuesta a la hormona ACTH, que se manifiesta por la aparición del vello púbico, vello axilar y acné.

Documento Derogado

● **Menarquía Prematura**: Es el inicio de la menstruación antes de los 9 años de edad, sin otros signos de desarrollo puberal, los cuales se presentan en la edad establecida.

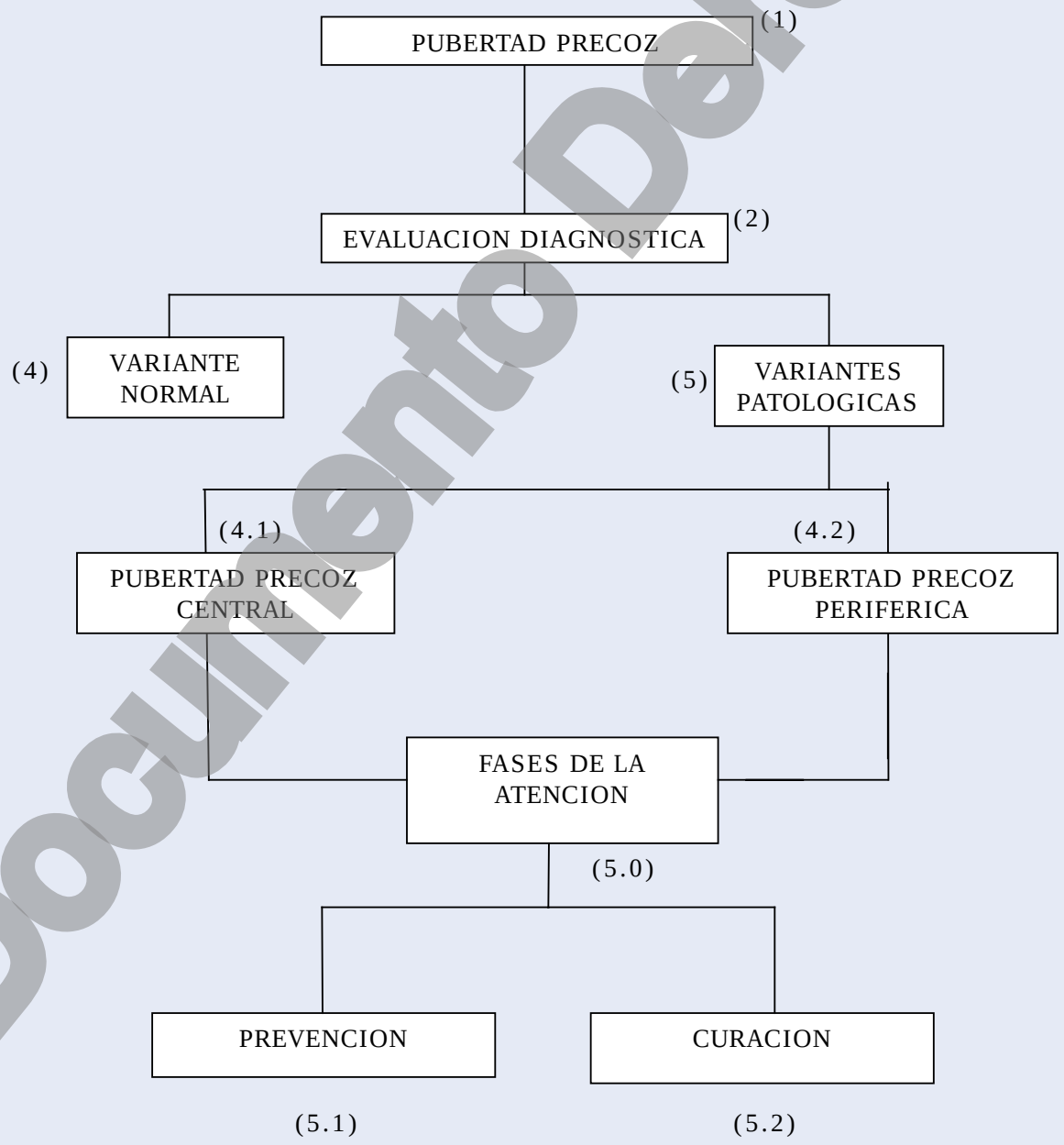
5. FASES DE ATENCION

5.1 PREVENCION

informar a los padres y a los adolescentes de los cambios somáticos y biológicos que ocurren en la adolescencia así como el orden y edades cronológicas de aparecimiento, a fin de poder identificar anormalidades y solicitar atención oportuna.

5.2 CURACION

En general estos casos requieren de evaluación clínica y de laboratorio especializados por lo que hay que derivarlos al Hospital de Referencia Nacional para el tratamiento adecuado.



Documento Derogado

PUBERTAD RETARDADA

1. PUBERTAD RETARDADA

La ausencia de inicio de la pubertad, después de 2.5 desviaciones estándar de la edad normal, presentándose la falta de desarrollo mamario en la mujer, pasados los 13 años y falta de crecimiento testicular en el hombre pasados los 14 años.

O si transcurren más de 4 años entre el primer signo puberal (telarquia) y la menarquia en la mujer y más de 5 años en alcanzar el completo desarrollo genital en el hombre.

2. CLASIFICACION

La Pubertad Retardada de causa endocrinológica puede ser de dos tipos:

2.1 Hipogonadismo Hipergonadotrófico
Caracterizado por falla gonadal que puede ser congénito y adquirido. Se manifiestan con infantilismo sexual, niveles elevados de gonadotropinas y esteroides sexuales en niveles prepuberales

2.1.1 Congénito

Alteraciones enzimáticas:

● Deficiencia de la 17beta-hidroxilasa produce falla en la producción de todos los glucorticoides y de esteroides sexuales (Hiperplasia suprarrenal congénita)

Se presentan con un fenotipo femenino, el cariotipo puede ser XX o XY, infantilismo sexual o pseudohermafrodistismo, hipocalemia, hipertensión arterial secundaria a los niveles elevados de desoxicortisterona y hormona adrenocorticotrópica (ACTH).

● Defecto de 5 alfa- reductasa, genitales externos ambiguos, con cariotipo XY, falta de la enzima que convierte la testosterona en dehidrotestosterona lo que ocasiona la ambigüedad sexual o un fenotipo femenino pero con amenorrea primaria o pubertad retardada.

2.1.2 Adquiridos

Infecciosas: Orquitis viral, oforitis viral, uso de agentes citotóxicos (ciclosfosfamida) Radioterapia, Quimioterapia puede causar insuficiencia testicular y ovárica primaria, trastornos autoinmune, tiroiditis, diabetes mellitus, enfermedad de Addison

2.2 Hipogonadismo Hipogonadotrófico

Estado caracterizado por una alteración a nivel del sistema nervioso central, hipotálamo o hipófisis de carácter congénito o adquirido; parcial o completo que ocasiona niveles bajos de FSH y LH (hipogonadotrópico) y niveles bajos de estrógeno y testosterona.(hipogonadismo)

2.2.1 Congénito

Síndrome de Kallman, se presenta con deficiencia aislada de gonadotropinas y anosmia, trastorno ligado al cromosoma X con herencia autosómica dominante aunque puede presentarse en forma recesiva

2.2.2 Adquirido

Frecuentemente es debido a tumores del sistema nervioso central o su tratamiento con radioterapia y quimioterapia, caracterizado por síntomas y signos visuales, los derivados del aumento de la presión intracraneana y debidos a deficiencias de hormonas pituitarias.

3. DIAGNOSTICO

3.1 Clínico:

Historia Clínica:

● Evaluar el patrón de crecimiento durante la infancia y los años puberales.

● Evaluación Cronológica y progresión de los eventos puberales.

● Historia nutricional deficiente;

Documento Borrador

- Determinar si hay historia de pubertad retardada en otro miembro de la familia, Edad de la menarquia de la madre y hermanas, talla de los padres, hermanos y abuelos.

- Drogas: investigar ingesta de Agentes citotóxicos, esteroides, marihuana.

Antecedentes de Enfermedades Crónicas:

Gastrointestinal, renal, tiroidea y de sistema nervioso central

Rendimiento Escolar: Descartar retardo mental, investigar hipotiroidismo, trastornos cromosómicos.

3.2 Examen Físico: Evaluación antropométrica, valoración de la maduración sexual y otros eventos puberales como la velocidad del crecimiento (diferencia de estatura entre 2 mediciones / tiempo transcurrido entre las mediciones) y su relación con los estadios de Tanner, exploración de la glándula tiroidea (bocio, descartar hipotiroidismo)

Tórax: Buscar evidencia de enfermedad crónica cardiopulmonar (fibrosis quística, asma, cardiopatías congénita)

Genitales: Examen físico completo, para explorar integridad de las estructuras internas y externas, buscar signos de estrogenización como clitoromegalia y vaginometría (mediante un hisopo), por ginecólogo, previo consentimiento de la adolescente y sus padres.

Hormonal: En el hombre medición de volumen testicular, ausencia testicular o genitales ambiguos, vello púbico, examen neurológico, buscar alteraciones del nervio olfatorio (anosmia, hiposmia), alteración del campo visual

4. FASES DE ATENCION

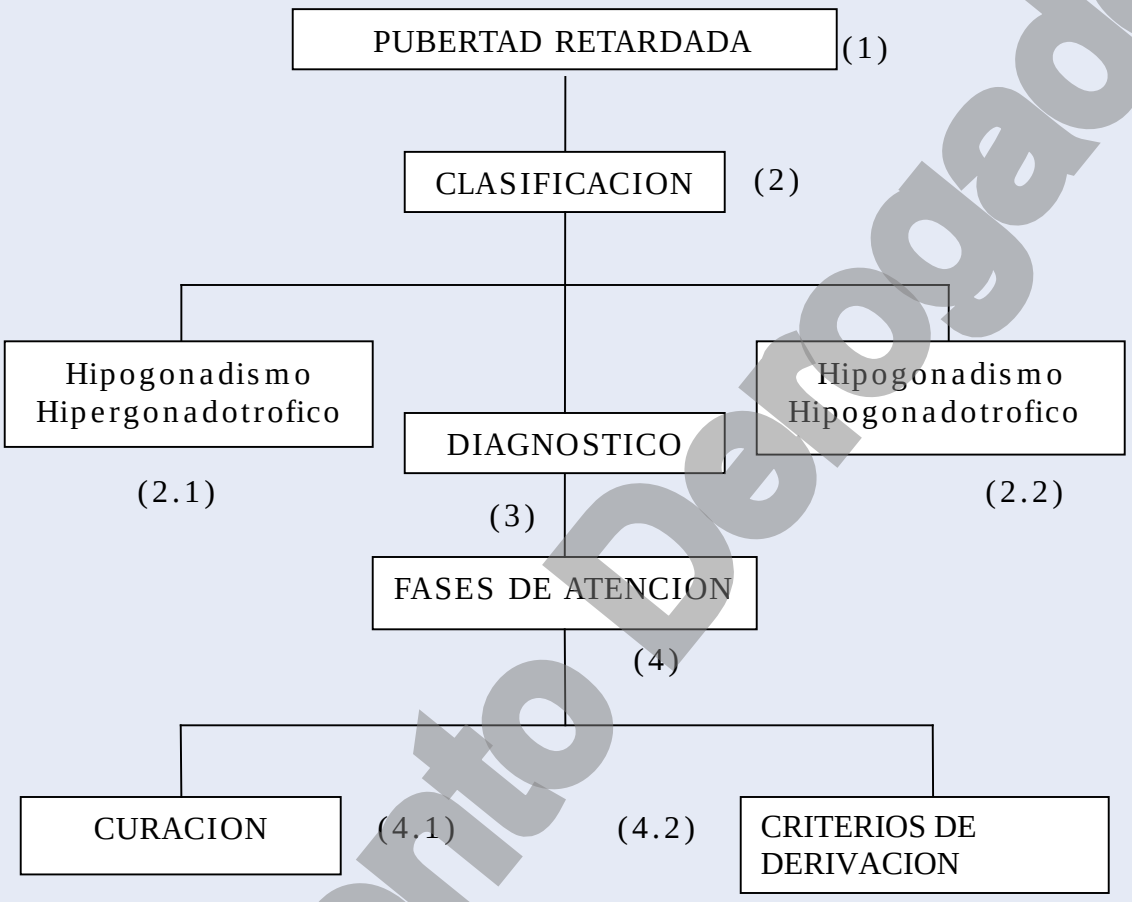
4.1 CURACION

En el caso de presentar una enfermedad crónica, brindar el tratamiento específico si lo hay y sobretodo orientar e informar a los padres y al adolescente respecto a las repercusiones de su enfermedad en el desarrollo de la pubertad para tratar de disminuir la ansiedad de los mismos.

4.2 CRITERIOS DE DERIVACION

La pubertad retardada necesita de un abordaje con exámenes de laboratorio y gabinete altamente especializados por lo que debe ser derivada a los Hospitales de Referencia Nacional al endocrinólogo o ginecólogo.

Documento Derogado



Documento Derogado

GINECOMASTIA

1. GINECOMASTIA

Es el aumento de la glándula mamaria en los varones, secundario al incremento de estrógeno y del tejido glandular, debido a un desbalance en la proporción de andrógenos/estrógenos, asociado a una hipersensibilidad del tejido mamario a los estrógenos circulantes, puede ser bilateral y unilateral.

Existen 2 tipos de la misma:

Tipo 1 el desarrollo mamario en el varón ocurre en **forma transitoria**(botón mamario subareolar doloroso).

Tipo 2 el desarrollo mamario es marcadamente femenino **y no ocurre regresión** pudiendo requerir de corrección quirúrgica.

2. EPIDEMIOLOGIA

Ocurre aproximadamente en el 20% de los varones alrededor de los 10 años con una mayor prevalencia (64%) a los 14 años y coincidiendo con el estadio G2 y G3 de Tanner.

3. ETIOLOGIA

La mayoría de las Ginecomastias aparecen durante el estadio II de Tanner y son idiopáticas.

El uso de marihuana o de algunos medicamentos (dilantin, digitálicos, ketoconazole, cimetidina, isoniacida, clorpromazina) está asociado al desarrollo de ginecomastia.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Se deberá investigar los siguientes aspectos: edad de inicio, duración, dolor, cambios en la libido, ingestión de drogas (esteroides, ketoconazole, cimetidina, metronidazole) enfermedades sistémicas, hiper o hipotiroidismo, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica.

4.2 Examen Físico: Examen de las mamas para diferenciar el tejido glandular del tejido adiposo, mediante maniobra de pinzamiento, realizar un examen físico completo incluyendo genitales Ultrasonografía de mama.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Detección temprana de la patología mediante la relación de los estadios de Tanner y evaluaciones periódicas del desarrollo del adolescente.

5.2 Curación

Si encontramos posibles causas como la ingesta de medicamentos u otras sustancias o enfermedades tiroideas indicar el tratamiento específico para las mismas o suspender el uso de los medicamentos u otras sustancias.

En general la ginecomastia Tipo 1 (botón mamario) desaparece en menos de 1año por lo que es prudente que ante la ausencia de otro hallazgo al examen físico esperar ese tiempo .

Referir para consejería: al adolescente puesto que este síntoma puede tener repercusiones graves a nivel psicológico en el muchacho por lo que es necesario tranquilizarlo.

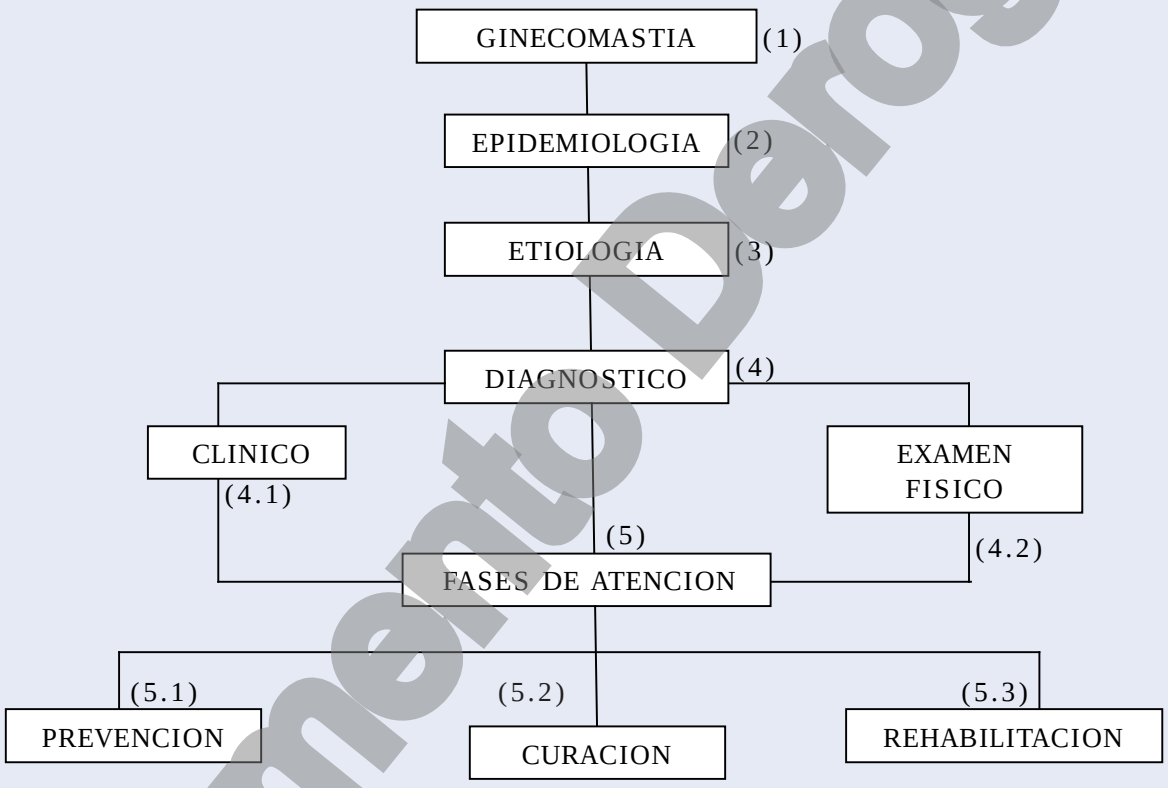
Si se encuentra Ginecomastia unilateral de tipo 2 (pecho femenino) se necesita de corrección quirúrgica si el adolescente así lo desea, por médico cirujano en el Segundo o Tercer nivel de atención.

Si se trata de Ginecomastia bilateral, derivar al Hospital de Referencia Nacional para estudio por Endocrinólogo para investigar posibles causas ya que necesita de estudios hormonales especializados (FSH, LH y cariotipo).

Documento Derogado

5.3 Rehabilitación

Educar al adolescente y sus padres sobre el desarrollo normal de la pubertad, brindar apoyo psicológico al adolescente e identificar posibles cuadros depresivos o de ansiedad para su tratamiento oportuno y seguimiento del caso en forma integral.



Documento Derogado

DIABETES MELLITUS TIPO 1

1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Es una enfermedad metabólica multisistémica crónica, debido a una deficiencia absoluta de la secreción de insulina por el páncreas, provocando alteración en metabolismo de la glucosa

2. EPIDEMIOLOGIA

La Unidad de Epidemiología del MSPAS para el año 2002 reporta un total de 267 casos de diabetes Mellitus en los y las adolescentes con una tasa de 1.9 por 10.000 habitantes

3. ETIOLOGIA

Ausencia de insulina circulante asociada a una destrucción selectiva auto inmune de los Islotes de células beta del páncreas, situación asociada con infecciones virales y componentes genéticos.

4. DIAGNOSTICO

1.1 Criterios Clínicos

Historia Familiar: En general los antecedentes familiares de diabetes son negativos en la diabetes tipo 1

Durante el periodo agudo los parámetros clínicos son:

polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, enuresis, mareos, fatiga, infecciones a repetición (IVU), adinamia.

Aproximadamente el 60% de los pacientes presentan signos y síntomas de cetoacidosis como: deshidratación, disnea, respiración acidótica, (Kusmaull) vómitos, aliento cetónico, dolor abdominal, deterioro del estado de conciencia los cuales deben ser reconocidos como signos de alarma por el adolescente, su familia y el personal de salud de primer nivel de atención.

4.2 Criterios de Laboratorio

Exámenes de laboratorio	Niveles de glucosa
Glucosa en ayunas	> o igual a 126 mg/dl
Glucosa al azar	> o igual a 200 mg/dl
Test de tolerancia a la glucosa	> o igual a 200 mg/dl

Además: Hemoglobina, electrolitos, nitrógeno ureico, creatinina y examen gral. de orina.

Documento Derogado

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Evitar las complicaciones más frecuentes de la enfermedad mediante:

- Evaluación el estado nutricional del o la adolescente,

- Proporcionar orientación sobre las causas de la Diabetes Mellitus y sus consecuencias,

- Proporcionar educación nutricional al adolescente y a su grupo familiar, asi como habitos de higiene personal y la importancia del ejercicio físico,

5.2 Curación

- El tratamiento debe tener un enfoque terapéutico, mantener los niveles normales de glucosa en la sangre para así tratar de evitar las complicaciones a corto y largo plazo.

- Es de suma importancia la adecuada alimentación con una dieta balanceada e individualizada.

- Cumplimiento estricto de las dosis y horarios de aplicación de insulina.

- **Tratamiento Farmacológico:**

- Administración de insulina exógena, de acuerdo a requerimientos de cada paciente.

- Monitoreo del control glicémico,

- Evaluar estado nutricional según IMC,

- Control de signos vitales según necesidad,

- Vigilar signos y síntomas de alarma.

5.2.1 Consejería

El tratamiento del adolescente diabético es sumamente difícil puesto que se trata de una enfermedad crónica que se presenta en una etapa critica de la vida, por lo que debe involucrarse en el mismo a la familia puesto que es una carga muy pesada si se deja solo al adolescente.

Es importante adiestrarlos respecto a la forma adecuada de administrar el medicamento, los síntomas de hipo o hiperglicemia o de infecciones y donde y cuando consultar ante los mismos, se debe enfatizar la importancia del control de la dieta, el ejercicio, hábitos higiénicos adecuados; brindar apoyo psicológico para adaptarse de la mejor manera a su enfermedad y asumir con responsabilidad el automonitoreo de signos de alarma y acciones inmediatas para la atención de los mismos.

Recomendar el uso de tacones en los adolescentes (tacón 3cm de ancho), no utilizar talcos o cremas interdigitales en pies, cuidado de uñas y corte adecuado, fomentar el ejercicio físico .

5.3 Rehabilitación

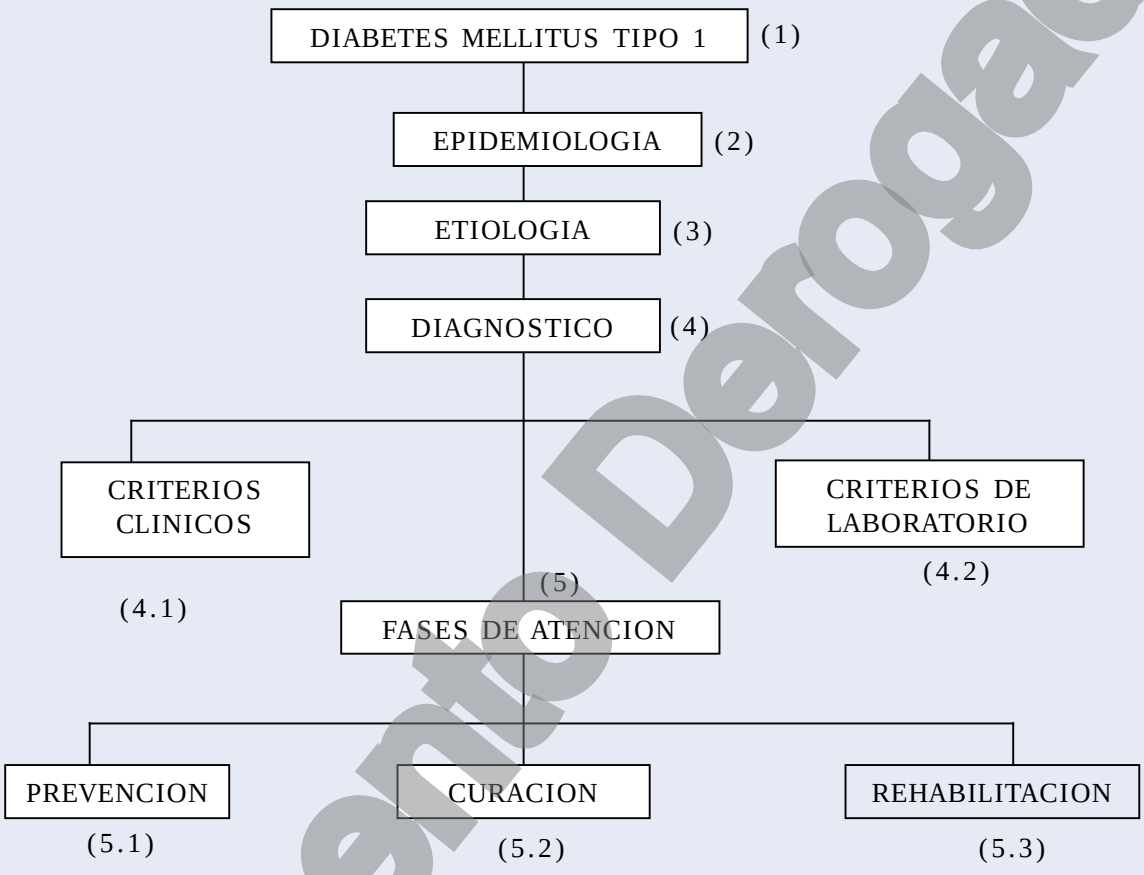
- Fomentar la formación y el involucramiento de grupos de apoyo comunitarios, clubes de diabéticos, proporcionar apoyo psicológico al usuario y familia.

- Automonitoreo

- Monitoreo de exámenes de: glucosa, orina, hemoglobina glucosilada.

- Evaluación oftalmológica cada año.

Documento Extraído



Documento Derogado

CAPITULO 5

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Documento Borrador

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas o inespecíficas

2. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos de ansiedad se puede observar en personas relativamente jóvenes y su diagnóstico se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y presentan un patrón familiar primario.

Según estadísticas del MSPAS, esta patología se encuentra entre las cinco primeras causas de consulta ambulatoria del año 2002, se reportan 4321 que corresponde a una tasa de 31.2 por 10,000 habitantes para el grupo de adolescentes

3. ETIOLOGIA

Puede atribuirse a la interacción de factores biopsicosociales y situaciones ambientales.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Se manifiesta con síntomas en tres categorías psicológicas, emocionales y cognoscitivas y varían según el nivel de ansiedad y son:

● Sudoración, palpitación, temblor, dificultad respiratoria, sensación de ahogamiento, dolor torácico, náuseas o malestar abdominal, mareo o vértigo,.

● Desrealización (sensación de irrealidad) despersonalización (sensación de estar fuera de su propio cuerpo).

〈 Temor a la muerte, parestesia (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos u oleadas de calor.

La persona que sufre ansiedad desconoce el objeto, o la situación específica que le ocasiona este trastorno, y esta puede ser externa o interna.

El ataque ocurre en reacción ante una situación inespecifica o se presenta sin motivo, por lo general dura de 5 a 30 minutos.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

● Educar al adolescente y su familia para poder identificar trastornos de ansiedad (temores a la alimentación, a beber, hablar, vivir junto a otras personas, evitar utilizar baños públicos, entre otros) y a identificar otros problemas como pánico y temor persistente a un objeto o situaciones determinadas (estímulo fóbico).

● Fortalecer las relaciones familiares y redes sociales.

● Desarrollar programas con temática sobre habilidades para la vida, proyecto de vida, entre otros.

● Recomendar la redacción de un diario personal que le permita identificar todas aquellas situaciones que le generan ansiedad para poder así facilitar su manejo.

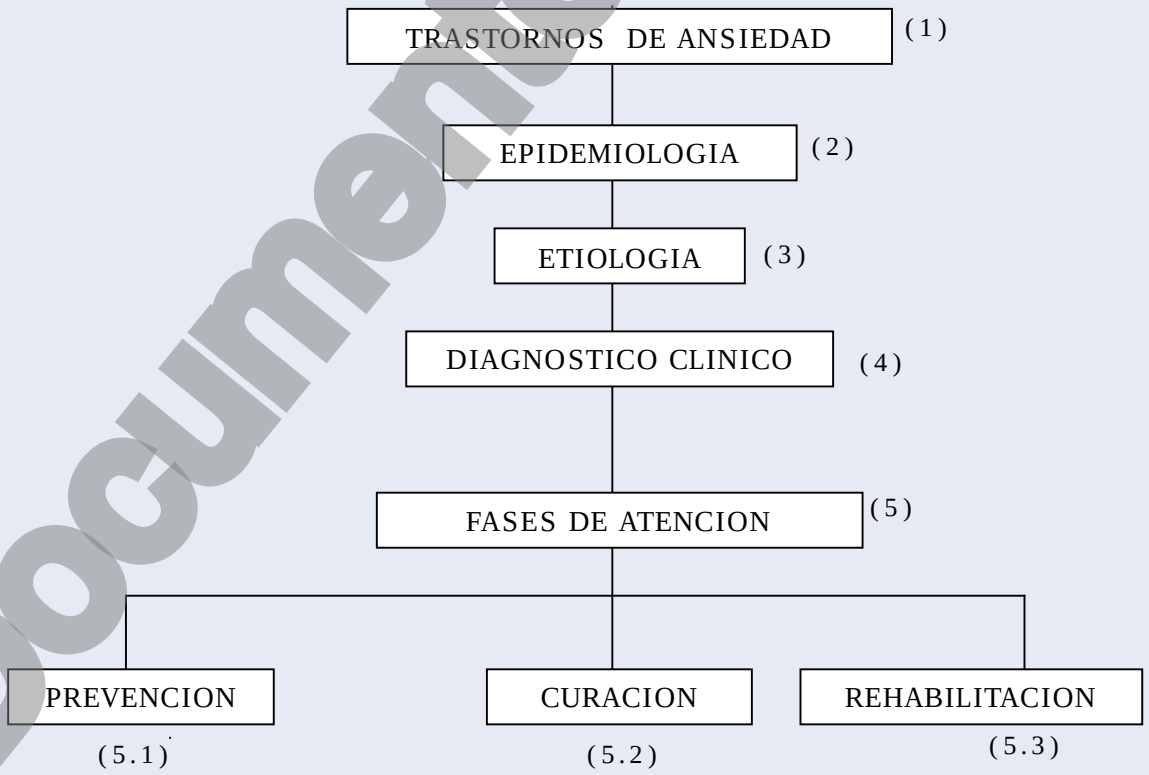
● Demostrar interés en sus problemas y generar un ambiente de comprensión.

5.2 Curación

- Descartar un problema orgánico diferente.
- Identificación precoz de síntomas relacionados con la ansiedad.
- Proporcionar seguridad y bienestar ante la presencia de signos de ansiedad.
- Realizar diagnóstico correcto de ansiedad debido a que el pánico y las fobias son totalmente diferentes y por lo tanto el tratamiento no es igual que el de ansiedad.
- Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad, combinar elementos de terapia cognoscitiva, terapia conductual y apoyo.
- Enseñar técnicas de relajación encaminada a reducir la ansiedad general, a través de ejercicios de respiración, técnicas de relajación y de reflexión interna.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas racionales a pensamientos ansiosos que se presentan con mayor frecuencia.

5.3 Rehabilitación

Educar al adolescente y familia sobre: Tratamiento del problema específico, fomentar distracción y recreación, así como la actividad física y la participación en grupos juveniles a nivel comunitario, motivar a desarrollo de proyectos de vida, dar apoyo de seguridad emocional y confianza en si mismo, control médico según indicaciones, visita domiciliar por personal de salud para apoyo y seguimiento al adolescente y familia



Documento Extraído

TRASTORNOS DEPRESIVOS

1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

La Depresión es una enfermedad caracterizada por alteraciones en el estado de ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad, la depresión puede ser clasificada como: leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

2. EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia mundial es de 121 millones de habitantes que adolecen de esta enfermedad. Con una incidencia del 10% en adolescentes. En nuestro país para el año 2002, se reportan 614 casos con un tasa 4.4 por 10.000 habitantes en población adolescente (10-19)

3. ETIOLOGIA

Factores hereditarios, bioquímicos, ambientales, psicológicos

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

- Disminución de la atención y concentración,
- Pérdida de la confianza en si mismo, sentimientos de inferioridad, baja autoestima,
- Ideas de culpa, minusvalía y desesperanza,
- Pensamientos o expresiones suicidas,
- Trastornos de sueño y del apetito,
- Perdidas de interés en actividades o del disfrute por los mismo,
- Aislamiento social, sensibilidad extrema al rechazo y al fracaso, dificultad para relacionarse,
- Uso y abuso de drogas.

4.2 Laboratorio y Gabinete

No se necesita de ninguno y se recomienda el uso de las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, Mongomery, Zung , las cuales pueden ser evaluadas por psicólogo en el establecimiento de salud mas cercano que cuente con dicho recurso.

5. FASES DE TRATAMIENTO

5.1 Prevención

- Identificación de factores de riesgo.
- Desarrollo de Programas que fortalezcan la salud mental.
- Promover la integración de los jóvenes a grupos de proyección social
- Fomento de la comunicación intrafamiliar.
- Formación de grupos de auto apoyo.
- Coordinación con directores de centros educativos a nivel local para las actividades de Información Educación y Comunicación (IEC).

Documento Derogado