

Adolescentes

Revista de difusión de temas



Agradecimientos

Especialmente a mi familia por las horas robadas para concretar este humilde proyecto.

A Fabio y Clarita que desde siempre fueron mis maestros y mis guías en esta aventura que es la adolescencia.

A los residentes que rotan por el servicio. Por su compromiso y dedicación. Y por permitirme difundir su trabajo, su esfuerzo y excelencia profesional.

Con un poco de solemnidad al Dr. Fabio Bastide por sus aportes y su revisión.

A todos ... Gracias.

Índice temático

La consulta con el adolescente.....	pág. 6
Retraso puberal	pág. 12
Recomendaciones para la atención Integral de la salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries.....	pág. 23
Violencia de género en los adolescentes.....	pág. 32
Intoxicaciones agudas.....	pág. 43
Preguntas de repaso	pág. 55
Información útil.....	pág. 57

INTRODUCCION

A MEDIADOS DEL SIGLO XX LA MEDICINA DEL ADOLESCENTE COMIENZA A TENER UNA MIRADA DIFERENCIADA DE LA CLINICA MEDICA Y DE LA PEDIATRIA.

1951 DR R. GALLAGHER, ESTABLECE PROGRAMA DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE.

EN LA MISMA DECADA LA DRA GOMEZ FERRARROTI INAUGURA EL CENTRO MUNICIPAL DE ATENCION DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA.

OPS CREA LA SECCION DE ADOLESCENCIA

1977 ASOCIACION MEDICA AMERICANA REFIERE QUE SE CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA DEFINIRLA UNA ESPECIALIDAD.

EN SANTA FE EN LOS AÑOS 80, LA DRA MARIA PETROF Y LA DRA CLARA ANZAUDO COMIENZAN CON EL “CONSULTORIO DE ADOLESCENCIA” EN ITURRASPE. LUEGO EN HOSPITAL SAYAGO PARA FINALIZAR EN EL HOSPITAL DEL NIÑOS.

EN EL AÑO 2017 SE CREA “EL PROGRAMA DE FORMACION INTEGRAL EN ATENCION DEL ADOLESCENTE”, DESTINADO A FORMAR PROFESIONALES CON UNA MIRADA INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LOS ADOLESCENTES.

SE TRABAJA CON LA COMUNIDAD ESCOLAR Y SE REALIZAN TALLERES DE CAPACITACION EN TEMAS REFEREIDOS A LOS ADOLESCENTES EN LA CIUDAD Y EN CIUDADES VECINAS.

ADEMAS EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA RECIBE PEDIATRAS EN FORMACION, DONDE SE TRABAJA NO SOLO

ASISTENCIALMENTE. EN LA TAREA EDUCATIVA LOS ROTANTES REALIZAN TRABAJOS DE INVESTIGACION.

ES LA INTENCION DE ESTE HUMILDE DOCUMENTO DAR A CONOCER EL TRABAJO QUE REALIZAN Y ASI DARLE DIFUSION A TEMAS QUE NO SON TAN FRECUENTADOS POR LOS PEDIATRAS GENERALES PERO QUE SON MUY FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA.

SOLO PRETENDE SER UNA ORIENTACION PARA ANIMARLOS A ESTUDIAR Y CONOCER MAS.

ESPERANDO QUE SEA DE UTILIDAD COMENZAREMOS LA PRIMERA ENTREGA.

Arata, María Mercedes

Medica de planta del servicio de adolescencia del Hospital de niños Dr. O. Alassia.

1. La consulta con el adolescente

Arata, María Mercedes.

Pediatra. Medica de planta del consultorio de adolescencia

La adolescencia es una etapa psico-socio-cultural que está relacionada con los fenómenos biológicos de la pubertad

Es un proceso dinámico

La OMS refiere que es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.

- Adolescencia temprana: 10 a 13 años cambios somáticos
- Adolescencia media: 13 a 17 años cambios psicológicos y corporales
- Adolescencia tardía: 17 a 19 años cambios socioculturales.

La adolescencia comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de los la madurez física, emocional, vocacional, laboral y económica de la adultez.

LA ENTREVISTA TIENE DISTINTAS CARACTERISTICAS

Perfil del profesional

- Vocación y aptitud
- Correcta relación médico paciente
- Los adolescentes necesitan un médico no un compañero.

Espacio amigable

- **Infraestructura (no es una limitante)**
- **Recurso humano (medico, enfermería, salud mental, servicio social, psicopedagogía)**

Necesariamente debe ser abordado interdisciplinariamente

ABORDAJE INTEGRAL

Equilibrio entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo, y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas

La historia clínica es un sistema de registro, ayuda a recordar aspectos de la **semiología ampliada**.

La realización de la misma no debe alterar la relación médico-adolescente –familia.

Se aconseja a realizar preguntas abiertas, con enfoque de riesgo

- Alteraciones en los vínculos familiares
- Situaciones del contexto
- Enfermedades que afectan seriamente o crónicamente aspectos corporales, psicológicos o sociales.

Resiliencia

Preguntar por los factores protectores

Objetivos: estimular autonomía, brindar información, promover acciones anticipatorias, dedicar el tiempo necesario.

Éxito en la consulta va a depender de la relación médico paciente empática, la confidencialidad, evitando el rol parental. Es importante hacer partícipe a la familia, estimular autonomía y su conocimiento.

Detectar factores de riesgo, protectores y conductas de riesgo.

Indicar inmunizaciones acorde a su edad

Escuchar activamente, observar comunicación no verbal

Estimular las fortalezas del adolescente

Establecer alianzas terapéuticas

Crear una ambientación adecuada y de acceso fácil a los servicios de salud

Incluir establecimientos distintos de los de salud. Brindar información y educación

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

El punto de partida es el motivo de consulta

- Real
- Aparente
- Del adolescente
- Del familiar

No es necesario llenar todos los items en la primera consulta ya que se deben priorizar de acuerdo a cada adolescente

El objetivo es entender la enfermedad o los problemas desde la perspectiva de salud enfermedad.

La primera consulta suele ser prolongada, se recomienda 30 a 45 minutos.

Invitación a quedarse solo

Se debe enmarcar en consulta cordial y escucha atenta.

Aclarar confidencialidad (ley 26061) de protección integral de los derechos de los niños y adolescentes.

- Se debe mantener **salvo**: riesgo inminente de vida, enfermedad mental, enfermedad grave, embarazo no deseado, ASI, drogadependencia.
-

EXAMEN FISICO

- **Asegurar la normalidad de los cambios**
- **Mostrar percentilos**
- **Mostrar tablas de Tanner**

Pubertad normal mujeres	Pubertad normal varones
entre los 9 y 16,5 años	Entre los 10 y los 17, 5 años
Primero aparece el botón mamario= GM II de tanner	Primero hay aumento del volumen testicular (4 cc)= tanner II
Luego y/o al mismo tiempo el vello pubiano = VP II de tanner	Luego aparece el vello pubiano
Aceleración del crecimiento en el estadio III de tanner	Posteriormente crece el pene, aparece le vello axilar y facial
Menarquia en tanner III - IV	Luego ocurren cambios en la voz
Desaceleración del crecimiento	La primera polución corresponde a tanner III-IV
	Desaceleración del crecimiento

TIPS EN EXAMEN FÍSICO

Medición de peso y talla. Calcular IMC y circunferencia de cintura.

Examen visual; anual. Si su AV es menor a 8/10, derivación oftalmólogo

Examen bucal

Palpación tiroidea: solicitar laboratorio ante nódulos o bocio

Examen osteoarticular. Escoliosis (test de Adams, observarlo desnudo y descalzo) disimetrías de miembros.

Presión arterial: correlacionar con los estadios de tanner. Se considera **presión arterial limítrofe** si los valores superan el percentilo 90 en los menores de 16 años y mayor a 135/85 mmhg en los mayores de 16 años. (*Archivo argentino de pediatría 2019*)

A la auscultación aprovechar evaluar estadios mamarios.

Al examen abdominal aprovechar evaluar vello púbico.

Considerar el **pudor** para examen genital. Orquidometro de Prader.

Tamizaje universal de dislipemias entre los 6 y 11 años y entre los 17 y 21 años si no existen antecedentes familiares.

Ejercicio de cierre

Diego tiene 13 años. Es el menor de 6 hermanos. El padre de 53 años, trabaja en forma informal, es obeso, padece de diabetes tipoll, HTA, y es alcohólico. La madre trabaja de empleada doméstica y tiene HTA.

Antecedentes personales: peso de nacimiento 4KG. A los 7 años tuvo un aumento de peso importante.

Diego es traído a la consulta por su madre que está preocupada por el peso.

Cursa el 2º año del secundario y refiere no tener problemas en la escuela. Los fines de semana no sale, se queda en la cama mirando Netflix y usando su celular. Hace actividad física solamente en la escuela.

Al examen físico: pesa 86kg, talla 161,5 cm, IMC 33. Tiene acantosis nigricans, TA; 120/80 mmhg, acné inflamatorio y tanner 3.

¿Qué otros aspectos de su vida averiguarían? ¿Qué factores de alarma encuentran?

¿Qué orientación ofrecerían a la familia para desarrollar factores protectores?

¿Cómo llevarían a cabo una estrategia integral, quienes conformarían el equipo y como ampliarían las redes de sostén?

LA RESOLUCION DEL CASO SE PRESENTARA EN EL SIGUIENTE VOLUMEN

BIBLIOGRAFÍA

- **Lineamientos para la atención integral de adolescentes. Programa nacional de salud integral en la adolescencia. Ministerio de salud. 2010.**
- **Premisas básicas en la atención de los adolescentes. Conarpe 2017**
- **Manual de adolescencia y salud. Diana Pascualini, Alfredo Llorens. 2016**
- **La consulta con el adolescente. MAP. Año primero. 2017**
- **Archivos argentinos de pediatría 2019 “consenso de prevención cardiovascular en la infancia y adolescencia”.**

2. RETRASO PUBERAL

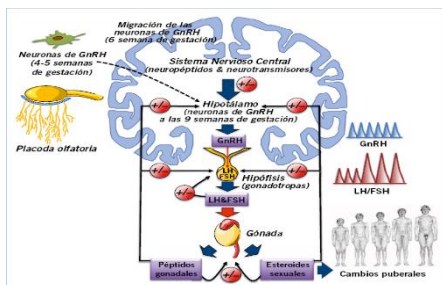
SCHMIDT JOANA. CONCURRENTE 4TO. AÑO. HOSPITAL ITURRASPE. Rotación adolescencia hospital de niños Dr. O. Alasia.

PUBERTAD

Es el periodo del desarrollo humano en el que tienen lugar los cambios biológicos y somáticos que marcan la diferencia entre la infancia y la edad adulta.

Se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y finaliza cuando se ha alcanzado la **talla adulta**, la **maduración sexual completa** y la **capacidad reproductora**.

Conlleva no solo el desarrollo gonadal y genital, sino también, la aceleración del crecimiento, la modificación de la composición corporal y de las proporciones corporales, así como, cambios psicológicos y emocionales propios de la adolescencia.



Pubertad retrasada: Ausencia de telarquia en las niñas a una edad de 13 años y la ausencia de incremento del volumen testicular (≥ 4 mL) a los 14 años. Es una definición estadística.

Pubertad incompleta, cuando la pubertad, no llega a completarse y transcurren más de 4-5 años entre su inicio y el desarrollo gonadal completo en los varones o la menarquia en las mujeres.

Pubertad detenida: es la falta de progresión de un estadio de Tanner a otro, por más de 2 años.

“Ausencia de pubertad” o **“infantilismo sexual”**, cuando la pubertad no llega a iniciarse.

Clasificación:

RETARDOCONSTITUCIONAL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Es una variante normal (3%) de la población. Una maduración lenta determinada genéticamente. (Disminución de gonadotrofina) 60% presenta antecedentes familiares. Se puede asociar a talla baja familiar. Se caracteriza por un retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios. El estirón se produce entre 2 y 4 años más tarde, se acompaña de retraso en la

maduración ósea. No presenta anomalías en el examen físico ni en los laboratorios. ES UN DIAGNOSTICO DE EXCLUSION.

HIPOGONADISMOS HIPOGONADOTROPOS

Congénitos aislados. Síndrome de Kallman (se presenta en 1:50000 mujeres y 1: 10000 varones. Se caracteriza por ausencia de caracteres secundarios amenorrea primaria, ANOSMIA, edad ósea retrasada)

Congénitos asociados a otras deficiencias

Adquiridos por lesión hipofisaria: tumores, histiocitosis, sarcoidosis, hemocromatosis, hipofisis autoinmune, ACV, lesiones pos-infecciosas, lesiones postquirúrgicas o traumáticas.

Adquiridos secundarios a enfermedades sistémicas, crónicas, endocrinopatías, ejercicio físico extremo, desnutrición TCA, disruptores endocrinos.

HIPOGONADISMO HIPERGONADOTROPOS:

Congénitos: Varones: **S. de Klinefelter** (46XXY) síndrome genético más frecuente (1:600) suele diagnosticarse tardíamente, se caracteriza por testículos pequeños y de mayor consistencia, no suelen superar los 8 ml, se

asocian también a criptorquidia y trastornos de la conducta.

Mujeres: S. Turner (46XO), disgenesia gonadal (XO/XY o XX), S. Morris.

Adquiridos: Varones: orquitis bilateral (parotiditis, etc.)

Mujeres: Fallo ovárico precoz autoinmune, galactosemia

Ambos: Hemocromatosis, castración quirúrgica o traumática, torsión gonadal bilateral, radioterapia/quimioterapia

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS:

Antecedentes familiares

Antecedentes personales:

Anosmia

Infertilidad

Galactorrea

Ejercicio extremo

Criptoquidia

Quimioterapia o radioterapia

Administración prolongada de medicamentos

EXAMEN FÍSICO:

Talla, peso, TA, IMC, examen general.

Signos de desarrollo puberal. Estadios de Tanner

Signos de malnutrición

Estigmas sindrómicos (Turner, Klinefelter, etc.)

Signos neurológicos sugerentes de patología intracraneal (fondo de ojo, campimetría, estudio del olfato)

EDAD ÓSEA

- Retraso de 1 a 4 años: **retraso puberal simple, endocrinopatías e hipogonadismos**
- Una talla normal o baja, con ralentización reciente y EO inferior a 11 años en una niña y a 13 años en un varón es muy sugerente de **retraso puberal simple**.

- La ausencia de signos puberales a una EO de más de 11 años en las niñas y de más de 13 años en los niños es muy sugerente de **hipogonadismo**.



LABORATORIO:

- Marcadores para celiacía
- Anticuerpos antitiroideos
- Prolactina
- Marcadores para deficiencia de GH

CARIOTIPO

- Ante la presencia de estigmas sindrómicos
- Gonadotrofinas elevadas
- Niñas con talla baja de etiología incierta

- Varones con testículos pequeños o inadecuados para el grado de desarrollo puberal

RMN CRANEAL

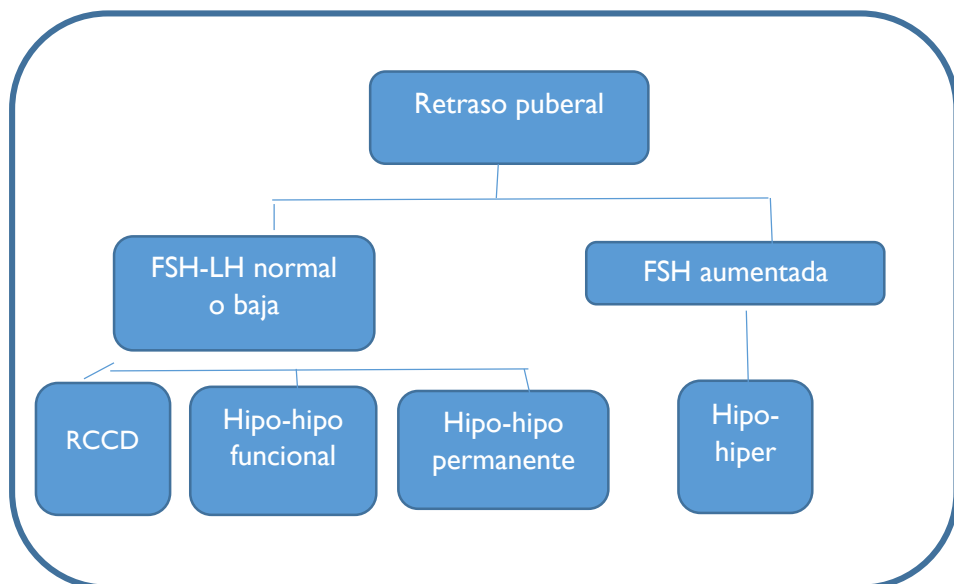
ECOGRAFIA ABDOMINOPELVIANAS

ESTUDIOS HORMONALES:

Valoración de eje hipotálamo-hipófiso-gonadal: testosterona, LH, FSH, inhibina B y hormona antimulleriana

ESTUDIOS MOLECULARES:

Los pacientes con hipogonadismo y cariotipo normal, así como los hipogonadismos sindrómicos. Estos deberían estar orientados, en función del diagnóstico y los hallazgos clínicos y hormonales, hacia genes concretos.



TRATAMIENTO

Retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad

Se considera una variante de la normalidad; en la gran mayoría de los casos, una clara explicación al paciente y a los padres, junto con un adecuado control y apoyo psicológico, son suficientes.

Solo aquellos casos en los que el retraso sea más severo y existan graves repercusiones psicológicas y sociales serán susceptibles de tratamiento.

En los varones, suele administrarse testosterona, a dosis baja, en forma de preparados depot de ésteres de testosterona (enantato o cipionato), en una inyección intramuscular mensual de 50-100 mg, y a partir de los 12-12,5 años de EO o de los 14 de edad cronológica

En las niñas, se recomienda que el tratamiento no se inicie antes de los 13 años de edad cronológica y de los 11-12 años de EO y que se utilicen estrógenos (estradiol o etinilestradiol) a dosis muy bajas, a objeto de no acelerar en exceso la maduración ósea y comprometer la talla final

Retraso constitucional secundario a patología crónica

Tratamiento de la enfermedad de base asociado a una correcta nutrición

Hipogonadismos

Durante la infancia, en los varones con puede ser necesario tratamiento para resolver la criptorquidia y mejorar el micropene.

La **criptorquidia**, puede tener consecuencias negativas para la fertilidad futura, por ello se recomienda su corrección quirúrgica temprana, preferiblemente entre los 6-12 meses de vida.

El **micropene**, puede ser tratado con pequeñas dosis de testosterona depot (25 mg/mes), 1-3 dosis,

preferiblemente durante los primeros 6-12 meses de vida o con gonadotropinas (HCG y FSH).

En la adolescencia y edad adulta, los objetivos del tratamiento son:

Conseguir un desarrollo puberal completo, con una secuencia y ritmo normal de aparición de los caracteres sexuales secundarios

Lograr la mejor talla adulta posible

Evitar la osteoporosis

Evitar las complicaciones cardiovasculares y psicosociales

En casos en que sea factible, adquirir y optimizar la capacidad reproductiva.

Se recomienda inducir el desarrollo puberal normal alrededor de los 11 años de EO en las niñas y de los 12 años en los varones para conseguir el desarrollo puberal completo en un periodo de 3-4 años

Cuando la talla final está comprometida (deficiencia de GH, Turner), puede ser necesario retrasar la inducción de la pubertad, al objeto de lograr unas mejores expectativas de talla adulta.

CRITERIOS QUE SUGIEREN QUE LA PUBERTAD ES PROGRESIVA

Progresión de estadio de desarrollo mamario en menos de 3-6 meses

Velocidad de crecimiento > a Pc 90-97

Avance de la edad ósea >1.5 a 2 años con respecto a edad cronológica

Longitud uterina >35 mm o volumen uterino >2 cc. Volumen ovárico > 1.2 cc

Basal LH >0.3mUI/ml, pico de LH >6 mUI/ml

BIBLIOGRAFIA

Pubertad precoz y retraso puberal”, J. Pozo Román, M.T. Muñoz Calvo, Pediatría Integral 2015.

“Pubertad precoz y retrasada”, Raquel Barrios Castellanos, IT del Sistema Nacional de Salud, vol 30, 2006.

“Retraso puberal: casos clínicos”, Lourdes Ibañez Toda, Actualización en pediatría 2016.

“Pubertad y sus variantes”, Dra. Arcari Andrea, 3ra Jornada de auxología, 2012.



3. Recomendaciones para la atención Integral de la salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries

Agustina Morales. Julio 2021

Residente de Pediatría Hospital Iturraspe. Rotación adolescencia hospital Dr. O. Alassia.

¿Qué es la identidad de género?

Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo biológico, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la aparición o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido.

La presencia de **entornos** de escucha y acompañamiento resultan fundamentales para que niños/as y adolescentes TTNB puedan llevar adelante procesos de construcción, expresión

identitaria y transición saludables, centrados en su vivencia interna y singular.

El sistema de salud es un ámbito clave desde el cual propiciar el acompañamiento de niños/as y adolescentes.

Es importante abrir espacios de **diálogo** con la familia y el entorno, brindarles **información** y **contemplar** que los procesos familiares para comprender, aceptar y acompañar, suelen requerir de **tiempo** y **contención** por parte del **equipo de salud**.

Respeto de la identidad de género en el sistema de salud

- La Ley de Identidad de Género (26743) establece en su artículo 12 el derecho de todas las personas al trato digno.
- Deben ser reconocidas y nombradas por su identidad autopercebida; en todos los ámbitos institucionales y desde el momento en que lo explicitan, sin importar que *hayan realizado o no el trámite de cambio registral*.

Garantizar una atención despatologizadora

Como lo expresa en nuestro país la Ley 26.657 de Salud Mental, “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva (...) de la elección o identidad sexual”.

Es imprescindible entender las experiencias TTNB como vivencias legítimas y formas de expresarse y nombrarse desde trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes,

que deben ser **reconocidas y garantizadas** acorde al paradigma de derechos humanos.

Modelo de atención desde una mirada integral

- **Abordaje psico social:** brindar herramientas para que las familias y el entorno puedan acompañar a las niñeces y adolescencias TTNB, respetando lo que sienten, lo que manifiestan y lo que deciden.
- **Salud sexual y salud reproductiva:** es clave dar lugar a un proceso de escucha activa, *individualizado* y centrado en cada persona, que tome en cuenta sus expectativas y necesidades, y que apunte a la toma de decisiones de manera informada, en pos de una vivencia de la sexualidad cuidada y placentera.

Acompañamiento de las vivencias de la corporalidad

- Los modos en que las personas vivenciamos o expresamos la identidad desde el cuerpo son diversos y deben ser respetados, independientemente de la identidad de género. No hay una corporalidad que adecuar ni que normativizar.
- **El cuerpo en la pubertad:**
- Si bien las experiencias de incomodidad o disconformidad con la corporalidad son personales, se vinculan fuertemente con mandatos sociales.

- Resulta fundamental partir de las necesidades, las expectativas y la etapa de desarrollo de cada niño/a o adolescente.
- **Brindar información adecuada, oportuna, comprensible** para garantizar que la toma de decisiones contemple el abanico de posibilidades.

Técnicas no farmacológicas ni quirúrgicas:

Incluye:

- manejo de la voz,
- modificaciones en el vello corporal,
- maquillaje,
- técnicas para lograr mayor volumen mamario (corpiños con relleno y/o prótesis externas de silicona) o para aplanar el busto (fajas, vendas elásticas, prendas compresoras o binders),
- técnicas de ocultamiento de los testículos y el pene o para abultar la zona púbica (uso de paquetes o packers), y el uso de orinadores.

Se recomienda ofrecer espacios de fonoaudiología para contribuir al desarrollo saludable de la voz, en virtud de las expectativas singulares de cada persona.

Inhibición del desarrollo puberal y hormonización:

La inhibición del desarrollo puberal y la hormonización deben ser garantizadas en todo el sistema de salud (sector estatal,

privado y obras sociales) con una **cobertura del 100%** de acuerdo a lo que establecen el artículo 11 de la Ley 26.743, el Decreto Reglamentario 903/15 y la Resolución N° 3159/19.

La construcción subjetiva identitaria puede implicar o no el atravesamiento por técnicas de modificación corporal. En ese sentido, la inhibición del desarrollo puberal o la hormonización son sólo opciones posibles en el marco de los diferentes procesos.

¿Qué es la hormonización?

Consiste en el uso de sustancias químicas para modificar el cuerpo en función de la identidad de género autopercibida

Bloqueadores

Es una terapia que se utiliza para el tratamiento pubertad precoz y recientemente se empezó a utilizar en niños y niñas trans. Se administran **análogos de liberadores de gonadotrofina** que revierte y/o detiene la progresión de los cambios propios del crecimiento durante la adolescencia y que no son deseados por quienes están atravesando un proceso de transexualidad.

Terapia hormonal cruzada

Para las personas que quieren **feminizar** su cuerpo se administra *estradiol* y bloqueadores de las hormonas masculinas (*espironolactona* y *acetato de ciproterona*). Para las personas que desean **masculinizar** su cuerpo se utiliza *testosterona*. En nuestro país, solo se encuentran disponibles la vía oral y transdérmica (gel) para el tratamiento con estrógenos y la vía inyectable y el gel para el tratamiento con testosterona.

Hormonización: Trans Mujer

- Estrógenos:

ESTRADIOL.

Vía oral: rápidamente metabolizado por hígado (comprimidos 17b-estradiol 2 a 6mg por día). Cuando es utilizado por vía transdérmica experimenta un metabolismo más limitado debido a ausencia de paso hepático, requiere dosis más bajas (17b-estradiol 0,75 a 3mg cada 12hs).

- Antiandrógenos:

Espironolactona: vía oral. 1 toma diaria. 50 a 200mg. Ahorrador K. Inhibe receptor androgenico, disminuye acción de 5-a-reductasa.

Acetato de ciproterona: vía oral. 1 toma diaria. 50 a 100mg. Inhibe LH, más potente.

Seguimiento:

- IMC
- TA
- Glucemia, creatinina, perfil lipídico, hepatograma, al comienzo y cada 3 meses durante el primer año.
- Riesgo protrombótico: suspender

LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO REPRESENTA UNA OPORTUNIDAD PARA AFIANZAR EL VINCULO ESTABLECIDO CON LA PERSONA.

Hormonización: Trans Hombre

- La TESTOSTERONA puede administrarse por diferentes vías. En Argentina se utiliza intramuscular y transdérmica.
- Intramuscular: **Enantato** inyectable 250mg cada 15-21 días, o **Cipionato** inyectable 250mg cada 15 a 21 días. **Undecanoato** inyectable 1000mg aplicación trimestral
- Transdérmica: Gel de **testosterona al 1%**, aplicación diaria. 25 – 100mg (2,5 a 10gr de gel)

Seguimiento

- Peso, talla, IMC
- TA
- Glucemia, creatinina, perfil lipídico, hepatograma, al comienzo y cada 3 meses durante el primer año, luego semestral.
- Perfil hormonal comprende testosterona total, estradiol y de ser posible FSH y LH. En caso de que se encuentre menstruando debe tomarse la muestra en fase folicular temprana.

Inhibición del desarrollo Puberal

- No existe evidencia empírica que permita proporcionar recomendaciones respecto a la edad de inicio. EVALUAR CADA CASO.

- **TRIPTORELINA: 75 – 100mcg/kg**, por razones prácticas se suele utilizar una dosis fija que corresponde a una ampolla (3,75mg en presentaciones de aplicación mensual o 11,25mg en formulaciones para uso trimestral).

El marco legal

Cambio registral: cambio del DNI en menores de 16 años:

Con el consentimiento de los padres (ambos) o representantes legales. Se trata de un trámite administrativo, sin participación judicial

Sin el consentimiento de los padres o representantes legales. Se transforma en un trámite judicial, interviene un juez para que dirima el conflicto entre las partes.

Respuesta a la demanda hormonal:

Se debe ofrecer información fidedigna de los alcances del tratamiento, resaltando que serán necesarios los siguientes requerimientos: **consentimiento informado** del paciente y consentimiento informado de los padres o representantes legales. (En caso q los responsables parentales no autoricen se inicia trámite judicial). Se debe ofrecer un equipo interdisciplinar que cuente con un endocrinólogo, para el seguimiento.

A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes a su salud según nuestro código civil y comercial vigente.

La hominización cruzada se recomienda entre los 16 y 18 años, pudiendo haber variaciones en cada adolescente.

“Los niños/as y adolescentes TTNB no son ORUGAS que se convierten en MARIPOSAS... *Siempre fueron MARIPOSAS*, que vuelan en la *sombra*, pero un día deciden ir a *volar a la LUZ*”.

-F.B.-



Bibliografía

- 1) Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries. Ministerio de Salud de la acción Argentina. Junio 2021
- 2) Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de Salud. Actualización 2020.
- 3) Guía Clínica para la en personas trans.
- 4) Pronap Adolescencia. Módulo 6. 2019

Hominización.

Ministerio de Salud Pública y

Dirección General de Salud, Uruguay 2016.



4. VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Micaela Gigliotti

Concurrente 4ª año hospital Iturraspe

Rotación Adolescencia

Hospital de Niños Orlando Alassia

INTRODUCCION

La ONU, en su Declaración de 1993, define la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener

como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”, si bien los hombres también sufren violencia de género, pudiendo ser víctimas y no sólo victimarios.

La violencia de género no necesariamente comienza en la adultez: muchas parejas de adolescentes comienzan a agredirse sin saber lo que realmente están viviendo.

OBJETIVO

¿Saben las adolescentes identificar qué es violencia de género?

Nuestros jóvenes están convencidos de que la violencia de género es un grave problema, pero de adultos. Muchos jóvenes no saben que las conductas de su pareja son agresivas o violentas, bajo el falso ideal de amor romántico impuesto, más que propuesto, por la sociedad.

Hoy exploramos a jóvenes que entienden el amor como bidireccional, es decir, *si yo quiero a alguien, ese alguien*

me tiene que querer. O aún más, si yo diera la vida por alguien ese alguien debería corresponderme, o de otra forma, su vida no tiene valor.

Estamos viendo chicas adolescentes que nos dicen "me acuesto con mi novio, aunque no quiero". Preguntadas por qué lo hacen, contestan que de otra forma su novio se iría con otras. Y en cuanto a los chicos adolescentes, jóvenes, están en gran medida confundiendo amor con sexo, relaciones de contacto con afecto. Y se muestran muy celosos, muy posesivos, muy vigilantes

Seis de cada diez adolescentes víctimas de violencia de género sufren acoso a través del teléfono móvil y las redes sociales. Un 50 % no es consciente de que está sufriendo dicha violencia de género.

DEBATE

La violencia de género es estructural, e instrumental, busca imponer, dominar. Está muy alejada de la producida por un trastorno mental transitorio; es un proceso que atrapa sin que la víctima sea consciente. Nace de una

equivoca educación a la niña para el tú, para el otro. La relación que se establece no es de sujeto a sujeto, sino de sujeto a objeto. El agresor de género suele ser un dictador que impone (o que quiere imponer) su voluntad. Hay varones que desean dominar a sus mujeres y tenerlas subordinadas. Los maltratadores suelen ser impulsivos, muy celosos, inseguros y con personalidad sádica (gustando de humillar, hacer sufrir, aterrorizar), paranoides y narcisistas. Crean relaciones pseudo-fantásticas de competencia, controlando e impidiendo los intercambios relacionales de la pareja. Suelen tener una imagen negativa de sí mismos, buscan con la violencia compensar y sentirse omnipotentes. La violencia de género en adolescentes y jóvenes se inicia con un patrón de abuso verbal, que da paso al psicológico y ocasionalmente al económico, sexual y/o físico. Existe un grave problema de visión de roles en las mujeres jóvenes, como por ejemplo, sentirse incompletas si no tienen pareja.

Por otro lado los hijos que ven maltrato a sus madres por parte de sus parejas tienen muchas más probabilidades de reincidir en la misma conducta, dando lugar en un principio a hijos que ejercen violencia filio-parental sobre los padres, primordialmente sobre las madres; no es una violencia de género, no se puede definir como tal, pero también es de mal pronóstico. No solo es posible sino muy probable que quien violenta a su madre lo hará el día de

mañana con su pareja. Casos existen en que la mujer es maltratada por el marido y por el hijo.

Según las directrices de Naciones Unidas se entiende por *violencia de control* el comportamiento consistente, por ejemplo, en no permitir que la pareja estudie, controlar sus horarios, impedir que vea a sus amistades o a su familia y decirle las cosas que puede o no puede hacer. Destaca el hecho de que la **violencia de control** está exageradamente presente en las parejas jóvenes. Algunos jóvenes de hoy conciben los celos como una prueba inequívoca de amor y no son pocos los jóvenes que confunden el acoso con preocupación e interés.

Los adolescentes perciben las acciones más directas y evidentes ligadas a la violencia sexual, pero en cambio las conductas que menos se perciben como violentas son aquellas en las que la mujer es tratada como objeto sexual, y especialmente no se perciben como violentas las conductas de control que se ejercen sobre la pareja a través de los entornos virtuales.

Mucha de la violencia machista entre adolescentes se da en las redes sociales. En las agresiones a través de internet y del móvil es preciso distinguir entre las ciberagresiones o Cyberbullying, referido al acoso en línea de jóvenes y adolescentes y las ciberagresiones en las que interviene la variable género. Cabe destacar que en ambos casos al término acoso se le atribuye la acepción moral de daño integral a la persona.

La proporción de niños que participan como agresores es mayor, al igual que la proporción de niñas que participan como víctimas. Según la publicación que realizó la organización WHOA (2012), un 80% de las víctimas de acoso a través de la red fueron mujeres y dos tercios de los agresores fueron hombres.

Sabemos que hay casos de hombres golpeados por sus parejas (y que esto va en aumento), pero todas las estadísticas indican que la mayoría de las veces que un hombre es atendido por lesiones, es otro hombre quien se las ha provocado, todo lo contrario a lo que ocurre cuando una mujer es atendida por esta misma causa. Obviamente, los golpes son solamente un aspecto del fenómeno de la violencia. Las mujeres en todas partes del mundo sufren muchas otras formas de violencia: violencia sexual, acoso callejero, menor sueldo por igual trabajo, trabajo forzado, negación del derecho a la propiedad y un montón de etcéteras. En estos rubros también encontramos que los hombres padecen violencia, pero nuevamente las cifras nos señalan la menor proporcionalidad y, sobre todo, que la mayoría de agresores nuevamente son otros hombres.

CONCLUSION

La violencia de género es un problema de salud pública, que se debe abordar desde la educación temprana y también desde la política. El sexismo es algo que se aprende. La igualdad también. Hay que rechazar la violencia y basarnos en el respeto a los derechos humanos.

Los adolescentes pueden ver el maltrato en cualquiera de sus manifestaciones como algo normal, como un juego o como una muestra del gran amor que le tiene su pareja. Es por tal razón que, tanto a nivel escolar como familiar, se debe estar atento a indicadores que pueden sugerir que esta problemática se está dando, por ejemplo si discute frecuentemente por teléfono o en los contactos físicos con su pareja, su estado anímico ha cambiado, se ve triste o esta irritable, abandona actividades por hablar por teléfono o simplemente de la noche a la mañana dejó de interesarle sin razón alguna, sus amistades ya no lo buscan como antes, presenta golpes, hematomas, rasguños y se le dificulta explicar cómo sucedieron, bajos niveles de autoestima.

A nivel escolar la orientación sobre lo que es violencia de género, la diferencia entre amor y maltrato es

importantísima para la prevención. Igualmente, a nivel familiar, debe ser un tema que se hable como parte de la orientación que todo padre debe tener con sus hijos.

El diagnóstico es certero, ahora hay que prevenir e intervenir con medidas claras, factibles, específicas, verificables.

PROPUESTA DE LÍNEAS ESTRATEGICAS DE ACTUACIÓN

Primero: el sexismo. La población joven y adolescente repite roles sexistas que copia de sus mayores y de la cultura que éstos le transmiten: el 30% de las chicas piensa que *“el hombre que parece más agresivo es más atractivo”*, que *“está bien que los chicos salgan con muchas chicas pero mal que las chicas salgan con muchos chicos”* y que *“un buen padre debe hacer saber al resto de su familia quién es el que manda”*.

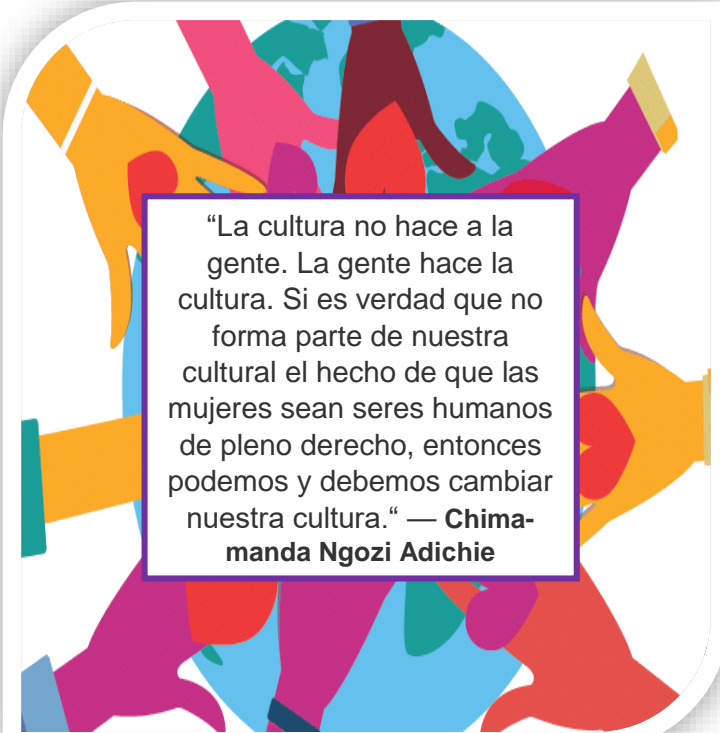
Segundo: el clima violento. La juventud actual está sumida en un ambiente en el que la violencia toma carta de naturaleza: ocho de cada diez jóvenes han escuchado el consejo de personas adultas *“si alguien te pega, pégale tú”* y un 13% de los jóvenes considera que no es maltrato *“hacer sentir miedo”* o *“decirle que no vale nada”* a la chica con la que se sale.

Tercero: los celos. La violencia de control tiene una estrecha vinculación con la creencia, transmitida en un 75% de los hogares, de que *“los celos son una muestra de amor”*, de forma que en el entendimiento afectivo de las personas jóvenes reina una importante confusión respecto a este tema y se mezcla el amor con el dominio.

Cuarto: la baja percepción de la desigualdad. En esto difieren las mujeres jóvenes de las mayores: aquéllas la perciben hasta diez puntos por debajo de éstas y hay una brecha de casi veinte puntos entre la percepción de los chicos – más baja – y la de las chicas.

Quinto: la violencia de género y las nuevas tecnologías. La juventud, nativa digital, carece de conciencia del riesgo de su uso y su utilización de forma positiva permite igualmente su posible mal uso: el ciberacoso aparece como nueva forma de dominio, control y limitación de la libertad de las jóvenes, con el añadido de que puede hacer daño al honor e imagen pública de la víctima en la red. Las nuevas tecnologías entrañan una dificultad añadida porque cerrar la relación cuando las vías digitales están disponibles para el contacto es mucho más difícil. Así las cosas, el 25% de las chicas adolescentes afirman haber sufrido control abusivo a través del teléfono móvil. Este tema está conectado, además, con otro no analizado todavía en profundidad e imprescindible de investigar cuanto antes: el impacto de los contenidos audiovisuales (videojuegos, series, canales de youtube, películas...) sexistas en la formación de la juventud.

Sexto: la normalización de la violencia. Comparten las jóvenes con las mayores la misma actitud: una mujer maltratada *nunca* se considera una mujer maltratada. La mayor razón para el silencio, a pesar de lo que se pueda creer, es que las víctimas *normalizan* la violencia que sufren, en parte por la propia supervivencia psicológica, en parte por la estrategia amor-odio del agresor y en parte también porque culturalmente hay formas de violencia de género que no se consideran tales: el 33% de las personas de entre 15 y 29 años considera aceptable o poco graves (como sucede con sus mayores) los insultos, la violencia psicológica o el control de horarios. Además, las mujeres jóvenes denuncian la violencia de género en menor medida que las mayores (un 17,3% frente a un 29,6%).



“La cultura no hace a la gente. La gente hace la cultura. Si es verdad que no forma parte de nuestra cultura el hecho de que las mujeres sean seres humanos de pleno derecho, entonces podemos y debemos cambiar nuestra cultura.” — **Chimamanda Ngozi Adichie**

BIBLIOGRAFIA

- LA ADOLESCENCIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 2.0: CONCEPCIONES, CONDUCTAS Y EXPERIENCIAS Donoso Vázquez, Trinidad; Rubio Hurtado, M. José; Vilà Baños, Ruth Educación XX1, vol. 21, núm. 1, 2018, pp. 109-133 Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España.
- Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993.
- Violencia de género en la adolescencia. Ingrid Marin. <https://www.primerahora.com/estilos-de-vida/madres/blog/dra-ingrid-marin/posts/violenciadegeneroenlaadolescencia-1215973/> 04/06/2018.
- Violencia de género en adolescentes y jóvenes. Javier Urra, Académico de Número de la Academia de Psicología de España y expresidente de la Red Europea de Defensores del Menor. <https://www.lavanguardia.com/vida/20180718/45954888564/violencia-de-genero-en-adolescentes-y-jovenes.html> 18/07/2018.
- Violencia de género y jóvenes: datos para una reflexión. Blanca Hernández Oliver, ex delegada del Gobierno para la Violencia de Género y letrada de las Cortes Generales. <https://www.abogacia.es/2018/03/15/violencia-de-genero-y-jovenes-datos-para-una-reflexion/> 15/03/2018
- ANAR ANALIZA LA VIOLENCIA DE GÉNERO ENTRE ADOLESCENTES. FUNDACION ANAR [HTTPS://WWW.ANAR.ORG/ANAR-ANALIZA-LA-VIOLENCIA-DE-GENERO-ENTRE-ADOLESCENTES/](https://www.anar.org/anar-analiza-la-violencia-de-genero-entre-adolescentes/)

5. **INTOXICACIONES AGUDAS**

Villar María Virginia

Residente 3° Año

Hospital Iturraspe

Rotación: ADOLESCENCIA HOSPITAL DR. O.ALASSIA

Introducción: Las intoxicaciones siguen siendo una importante causa de morbimortalidad entre los niños y adolescentes.

Tres tipos de intoxicaciones voluntarias: recreativas, intentos de suicidio y abuso de sustancias.

Intento de suicidio: Ingesta abusiva de fármacos con fines autolíticos. Actualmente es la segunda causa de mortalidad en adolescentes.

Método de intento de suicidio más utilizado

Urgencia psiquiátrica más frecuente en este grupo de edad

Medicamentos más utilizados: benzodiazepinas y antiinflamatorios

Abuso con fines recreativos: En la actualidad los adolescentes contactan de manera más precoz con el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales.

Marihuana: Sensación de euforia y bienestar

Opiáceos: Sensación de bienestar con disminución de la ansiedad y sedación

Cocaína: Euforia instantánea e intensa

Anfetaminas y derivados: Estado de alerta, euforia, supresión de apetito y psicosis.

Disminución del umbral del cansancio

Abuso de sustancias inhaladas:

Sniffing: inhalación de vapores, desde un recipiente, una bolsa de plástico o un trapo embebido en una sustancia (pegamento, betún, gasolina, líquido mechero, pintura, etc.).

Inicialmente aparece euforia e hiperactividad con alucinaciones visuales y auditivas, seguido de depresión del SNC.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

PRIMERO: valorar situación clínica del paciente y estabilizarlo

Mantener vía aérea permeable

Monitorizar FC, FR, SatO₂, TA Y temperatura

Canalizar vía periférica, colocar oxígeno.

SEGUNDO: conocer la naturaleza del tóxico ingerido.

Medidas para disminuir la absorción del toxico (carbón activado, lavado gástrico dentro de la hora de ingestión, retirar ropa con restos del toxico, etc)

Procedimiento para remoción del toxico del organismo (catárticos, sorbitol o sales de magnesio, irrigación intestinal total, etc)

Intoxicación por Alcohol

Droga legal más consumida en todas los rangos de edad, ambos sexos y grupos sociales.

GRAN ACEPTACIÓN SOCIAL

Debe sospecharse en todo coma en la población pediátrica, principalmente si se asocia a hipoglucemia.

El SNC es el más afectado.

Clínica:

Intoxicación LEVE

Labilidad emocional
Torpeza motora
Alteración de reflejos
Somnolencia
Náuseas

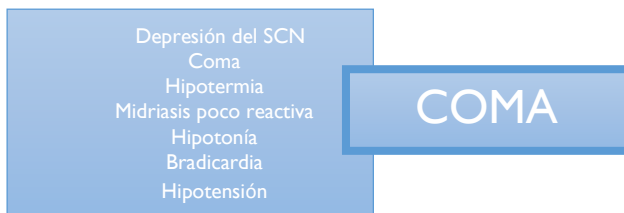
EXCITACIÓN

Intoxicación MODERADA

Lenguaje incoherente
Agresividad
Letargia
Estupor
Vómitos

EMBRIAGUEZ

Intoxicación GRAVE



Abordaje terapéutico:

Intoxicación leve:

Atender en un lugar tranquilo sin estímulos lumínicos ni sonoros.

Control de temperatura, TA, exploración neurológica.
Descartar patología asociada.

Evaluar lavado gástrico (CEEA, consumo episódico excesivo de alcohol)

Solicitar hemograma, hematocrito, hepatograma, GGT, glucemia.

Evitar hipotermia. Mantener decúbito preferencial lateral izquierdo.

Observar durante 6 horas con evaluaciones cada 2 horas.

Si la evolución es favorable realizar evaluación de riesgo y consejería, con seguimiento ambulatorio.

Intoxicación moderada severa:

Protocolo de emergencia: asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloides.

Colocar SNG, con protección de la vía aérea.

Evaluación física completa, buscando TEC, otros traumatismos y bronco aspiración.

Solicitar hemograma completo, hepatograma con GGT, glucemia, ionograma, Ca, Mg, gasometría función renal, cpk.

Administrar glucosado al 25% IV lento a 2-4 ml/kg/dosis. Según glucemia.

Considerar dosaje en orina de drogas de abuso.

Control y monitoreo cardiológico. Realizar ECG para descartar arritmias.

Ante convulsiones tratamiento específico con lorazepam según algoritmo.

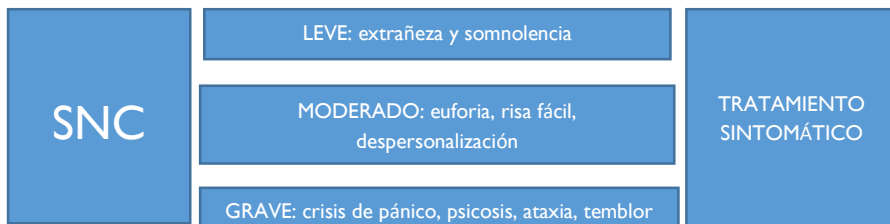
Control de la temperatura con medios físicos

Ante agitación psicomotriz haloperidol 5-10 mg IM

DROGAS ILEGALES

Marihuana:

- MOTIVO DE CONSULTA: Ansiedad – Pánico - Cuadros psicóticos (excepcionalmente)
- Manifestaciones: aumento de FC, inyección conjuntival, boca seca, náuseas, vómitos.



La intoxicación con marihuana no tiene tratamiento específico. Requiere medidas de sostén, contención psicológica y en caso de excitación psicomotriz pueden emplearse benzodiazepinas (diazepam, lorazepam) que mejoraran la taquicardia.

El uso prolongado de marihuana causa cambios en las neuronas del hipocampo, produciendo alteraciones en la memoria. Además se asocia a la aparición más temprana de cuadros psicóticos.

Toxindromes

La presentación clínica de los pacientes que consumen, se definen como **toxíndromes**: conjuntos de síntomas y signos con que se manifiestan las intoxicaciones.

Su reconocimiento permite instaurar un tratamiento adecuado sin la necesidad de saber la sustancia involucrada.

TOXINDROMES

SIMPATICOMIMÉTICO

- Taquicardia
- Hipertensión
- Midriasis
- Hipertermia
- Excitación psicomotriz

- Cocaína
- Anfetaminas
- Suplementos de gimnasio

SEDACIÓN CON BENZODIACEPINAS - HIDRATACIÓN PARENTERAL

SOLICITAR: CPK, función renal y hepática, troponinas y ECG



ANTICOLINÉRGICO

- Excitación psicomotriz
 - Taquicardia
 - Midriasis
- Sequedad de mucosas
- Retención urinaria y disminución de RHA
 - Rubicundez
 - Hipertermia
 - Alucinaciones

- Antihistamínicos
- Antidepresivos tricíclicos
 - Amanita muscaria
 - Plantas alucinógenas

DESCENDER TEMPERATURA - SEDACION CON BDZ -
FISOSTIGMINA 0,02mg/kg EV lento (5min) - HIDRATACION EV



SOLICITAR: medio interno,
CPK, función renal,
coagulograma

SEROTONINÉRGICO

- Alteración del estado mental
 - Hiperreflexia
 - Rigidez
 - Hipertensión
 - Taquicardia
 - Diarrea
 - Sialorrea
 - Clonus

- Éxtasis
- LSD
- Cocaína
- Anfetaminas

DESCENDER TEMPERATURA CON MEDIOS FÍSICOS - SEDACION
CON BZD - CIPROHEPTADINA 0,5 mg/kg/día c/1-4hs



HIPNÓTICO-SEDATIVO

- Bradicardia
- Hipotensión
 - Miosis
- Depresión del sensorio

- Alcohol
- Opioides
- Benzodiacepinas

ANTÍDOTO DE BZD: FLUMAZENIL 0,2mg en bolo



OPIOIDE O NARCÓTICO

- Miosis puntiforme
- Depresión respiratoria
 - Coma

- Morfina y derivados

ANTÍDOTO: NALOXONA 0,4 - 2 mg (contraindicado en pacientes con riesgo de sme de abstinencia)

La sociedad considera que el uso/consumo de drogas es un “problema”, lo que se traduce en la estigmatización y la discriminación de las personas que llevan a cabo dichas prácticas.

Se suele asociar el consumo de drogas a los jóvenes, limitando el análisis del tema a la adopción de conductas por parte de un determinado grupo etario. Se invisibiliza, así, la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes y, por otro lado, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.

Hay que reconocer que las sustancias, sus efectos y los sistemas involucrados en la complejidad del consumo problemático de sustancias son la punta del iceberg de complicada construcción que tiene un contexto histórico y sociocultural.

Hay comprender que el abordaje de esta problemática necesita de la interconexión entre el amplio conocimiento de las sustancias involucradas, de la complejidad del sujeto y de las interacciones socioculturales en las que se construyen significados y significantes distintos sobre el tema.

Bibliografía

- Curso virtual Consumos problemáticos en la adolescencia. Introducción. PROCAPEA. SAP

- Curso virtual Consumos problemáticos en la adolescencia. Consumo de alcohol. PROCAPEA. SAP
- Manual de intoxicaciones en Pediatría. Santiago Mintegi. Intoxicaciones en Adolescentes. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

Preguntas de repaso

1. Dentro de las redes sociales tanto chicas como chicos, sufren situaciones de control por parte de sus parejas (vulneración de contraseñas, prohibición de aceptar determinadas amistades, etc.)
 - a. Verdadero
 - b. Falso

2. Un joven de 17 años presenta conducta antisocial y baja autoestima. Tiene antecedentes de retraso del lenguaje y retraso motor leve. Asiste a una escuela de enseñanza común y tiene un rendimiento académico regular. El peso y circunferencia craneal se encuentran en percentiles promedio. La talla es levemente superior al pc 95 para la edad. Tiene vello pubiano 1 y gónadas 1 del el estadio de Tanner. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?
 - a. Síndrome de Noonan
 - b. Síndrome de X frágil.
 - c. Síndrome de Kilnefelter
 - d. Síndrome de Asperger

3. En que estadio de Tanner se encuentra un varón de 13 años que al examen físico presenta: agrandamiento del escroto y testículos, piel del escroto ligeramente rugosa sin agrandamiento del pene.
 - a. Tanner I
 - b. Tanner II
 - c. Tanner III

- d. Tanner IV
4. En la composición del cigarrillo de tabaco intervienen sustancias cancerígenas 10 veces más irritantes, del árbol respiratorio y cancerígenas que el cigarrillo de marihuana.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 5. Todas las sustancias psicoactivas poseen propiedades de refuerzo
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 6. La droga dependencia no está definida por la dependencia física, sino por el comportamiento de búsqueda de la droga.
 - a. Verdadero
 - b. Falso.
 7. En la historia clínica se debe registrar a la persona con el nombre que figura en el DNI, aunque se puede aclarar que se trata de una persona trans.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 8. Cuando hablamos de genero de una persona nos referimos a:
 - a. Su sexo biológico
 - b. Hace referencia a la persona que lx atrae románticamente.
 - c. A su autopercepción.
 - d. A su forma de vestir, sus intereses y gustos.

Para comunicarse con nosotros pueden enviar un mail a:

adolescenciahnoa@gmail.com

por instagram: adolecenciahnoa

teléfono: 4505900 interno 201



En el hospital de niños Dr. O. Alassia de lunes a viernes a partir de las 10 horas, consultorio 20.

Respuestas

1. Falso. Las mujeres sufren más acoso que los varones.
2. C
3. B
4. Falso. El cigarrillo de marihuana contiene 10 veces más irritantes del árbol respiratorio.
5. Verdadero
6. Verdadero
7. Falso. No es necesario el cambio registral. La persona debe ser nombrada como ella desee, con el solo el hecho de decirlo.
8. C