



ACREDITACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES
ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN MEDICINA DE LA
ADOLESCENCIA

ABRIL DE 2013

GRUPO DE TRABAJO DE FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA SEMA

Coordinador: M^a Inés Hidalgo Vicario

Resto de miembros: Maria Salmerón Ruiz, German Castellano Barca, M^a Teresa Muñoz Calvo, M^a Jesús Ceñal González-Fierro

1.-IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA EN ESPAÑA

1.1 ANTECEDENTES

La mayoría de edad se adquiere a los 18 años, sin embargo en nuestro Sistema Público de Salud parece que esto ocurre a los 14 años. Tanto es así, que no existe ningún programa de atención ni prevención del adolescente como ocurre en otras edades pediátricas, sin embargo es una edad con alto índice de conductas de riesgo y un elevado índice de mortalidad en este grupo etario. Esta situación nos coloca a la cola en la atención al adolescente que se presta en Europa, USA y Sudamérica.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el documento: “Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes”, publicado en 2003. Una de cada cinco personas en el mundo, es decir, 1.200 millones de personas, son adolescentes. La idea general es que los adolescentes son sanos. Han sobrevivido a las enfermedades de la primera infancia, y sus problemas de salud asociados con el envejecimiento están todavía muy lejos. Como resultado, se presta menos atención a sus necesidades. Un indicador trágico de las consecuencias de esta falta de atención a su salud y a sus necesidades sociales es que aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones de VIH en el año 2000 se produjeron en este grupo de edad. Además, se calcula que 1,4 millones de jóvenes, de entre 10 y 19 años de edad, pierden la vida principalmente debido a traumatismos no intencionados/accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y patologías prevenibles o tratables.

La OMS afirma que los problemas de la salud reproductiva son la principal causa de muerte entre las mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años de edad. Tienen asimismo consecuencias negativas sobre la educación, la capacidad de conseguir un empleo y el potencial de generación de ingresos de las mujeres jóvenes.

Las principales preocupaciones de los niños y los adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo psicosocial, emocional y su salud mental. Aproximadamente, del 10% al 20% de los niños presentan uno o más problemas mentales o del comportamiento. El periodo de la adolescencia es estresante y se corre el riesgo de abusar de sustancias y de desarrollar otras conductas nocivas. Los problemas de la salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales. Los problemas no resueltos de

identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. En el mundo, se estiman en 90.000 los adolescentes que se quitan la vida cada año.

Estos aspectos tienen consecuencias a largo plazo para el bienestar y la productividad del individuo, y para la salud de las comunidades en su totalidad.

En mayo de 1999 en el X Congreso de la SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia) conjuntamente con la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría) emitieron la declaración de Santiago de Compostela, en la que estas Sociedades Científicas se ofrecen a colaborar en el desarrollo y proyectos relacionados con la adolescencia y la juventud. El primer punto de esta declaración asume como suyo el criterio de la OMS y la OPS (Organización Panamericana de Salud), que define la adolescencia como la segunda década de la vida (10-19 años). Durante este periodo el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, pasa de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta y consolida su independencia económica. Estos criterios deben aplicarse de forma flexible, pues hay evidencias del comienzo puberal antes de esta edad y problemas madurativos que no se resuelven antes de los 20. El décimo punto considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la pediatría hospitalaria y extrahospitalaria para la atención del adolescente.

La American Academy of Pediatrics se pronunció en 1972 y en 1988 recomendando que el pediatra debería de continuar supervisando y atendiendo las necesidades de salud de sus pacientes hasta el final de su maduración, habitualmente alrededor de los 21 años y distinguía 3 etapas: adolescencia inicial, media y tardía.

En España, en 1985 se fundó la Unidad de Medicina del Adolescente en el Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús, que en la actualidad sigue su desarrollo sobre todo con el crecimiento de la psiquiatría infantil y la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). En 1987 se inició en el Hospital de Móstoles la atención específica a adolescentes dentro del Servicio de Pediatría, como un área más de la atención. En el año 2000 se estructuró la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Gregorio Marañón, centrada en psiquiatría. En el año 2007 se inició una consulta monográfica de adolescentes en el Hospital La Paz, que ha ido creciendo y desde octubre del 2011 se constituyó la Unidad de Adolescentes formado por un equipo multidisciplinar. En la actualidad existen escasos servicios que atienden adolescentes en diferentes hospitales de nuestro país.

Los pediatras de Atención Primaria, atienden oficialmente la adolescencia hasta los 14-16 años según las diferentes CCAA; así en Cataluña se atiende hasta los 15 y en

Cantabria hasta los 16. En algunas comunidades se atiende, de forma totalmente voluntaria por parte del profesional, incluso hasta los 18-20 años. La Atención Primaria constituye un pilar fundamental debido a su fácil acceso y a tener el joven una buena relación de confianza establecida con el pediatra desde la infancia, que va cambiando con la edad. .

Recientemente el 5-4-2013 en nuestro país, el Consejo de Ministros a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha aprobado ampliar hasta los 18 años la edad en que los niños puede ser atendidos en las unidades pediátricas de los hospitales, como parte del Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016.

Otras medidas incluidas en el mismo Plan son también de gran calado como: reforzar la protección del menor ante casos de violencia, elevar la edad de consentimiento sexual a los 16 años, homogeneizar la edad de acceso al consumo de alcohol a los 18 años, la Estrategia de Salud Mental Infanto-juvenil y la incorporación de medidas preventivas del embarazo entre otras.

La OMS está seriamente comprometida con la ayuda al desarrollo de cualquier propuesta que repercuta en una mejora en la salud del adolescente

1.2 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA ADOLESCENCIA EN ESPAÑA.

Puede decirse que la situación es muy similar a las de otros países con igual desarrollo económico.

- **El número de adolescentes.** En España la población adolescente entre 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). La población va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988
- **Mortalidad.** En el año 2005 fallecieron en nuestro país 1195 jóvenes entre los 10 y 19 años (281 entre 10-14 años y 914 entre los 15-19 años) lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, entre los 16-24 años la cifra fue del 14,21 % (17,93% para varones y del 10,31% para mujeres). Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso.
- **Morbilidad.** Además de las enfermedades generales o crónicas como el asma, la mayoría de los problemas son consecuencia de su desarrollo biológico,

psicológico y social como el consumo de drogas, embarazos, trastornos nutricionales, psicológicos, violencia o problemas de relación con el entorno.

- **Motivos de consulta.** Existen importantes diferencias si la atención al joven se realiza en una consulta general, o en una consulta específica para ellos, como puede ser la “consulta joven”. En este último caso, los problemas planteados se centran, en general, sobre la sexualidad.

1.3 REALIDAD ACTUAL DE LA MEDICINA DEL ADOLESCENTE EN ESPAÑA

La realidad es que la mayoría de los adolescentes son atendidos por una variedad de especialistas, excelentes sin duda, pero que en ocasiones tan sólo se ciñen al campo propio de su especialidad, sin considerar el conjunto del paciente y sus múltiples facetas como ser humano, es decir no hay una atención a su salud integral.

La mayoría de los profesionales rechazan la atención a los adolescentes pues no se sienten seguros y capacitados para manejar temas como los trastornos del comportamiento alimentario, psicosociales, relativos a la sexualidad o al abuso de sustancias. Si a la falta de conocimientos se añade la falta de tiempo para dedicarse a ellos, la dificultad de manejar la intimidad y confidencialidad de los temas entre el paciente, sus padres y el médico, es fácil comprender el porqué estos pacientes no son queridos en casi ninguna práctica médica.

Por otro lado, la formación que se da sobre adolescencia tanto en la formación de medicina como a los residentes de pediatría en España es muy limitada a pesar de que está recogido como objetivo en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas del Ministerio de Sanidad.

La formación sobre adolescentes que tienen los médicos de familia es muy reducida, de hecho no consta como objetivo en el programa de formación publicado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Esto ayuda a perpetuar el problema actual, ya que al no haber suficientes facultativos formados en Medicina de la Adolescencia (MA), se dispone de menos facultativos y la atención a este colectivo cada vez es más deficitaria. Los residentes de pediatría que han tenido contacto con la MA, tanto en la atención primaria como hospitalaria, se sienten más seguros y capaces de atender, al menos, algunos temas básicos de salud de este grupo de edad.

Existen además una serie de barreras para el acceso del joven a los servicios sanitarios: 1.-Burocratización del sistema. Para acudir a la consulta hay que citarse, identificarse, a veces contar a varios el problema antes de llegar al médico. 2.-Falta de una adecuada atención por parte del profesional que ya se ha comentado 3.-El adolescente no sabe dónde acudir. No tiene o no sabe quién es su médico, falta de confianza (asocia pediatra con infancia y médico general con confidente de sus padres) 4.- El adolescente niega o infravalora sus problemas. Por su pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, piensa que “a él no le va a pasar” y retrasa la consulta. 5.- El joven no conoce los recursos sanitarios y falta de coordinación entre estos.

El adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar donde participen diferentes profesionales coordinados para poder atender la complejidad de sus problemas.

Por ello, es imprescindible que en España se empiecen a formar especialistas en Medicina de la Adolescencia para mejorar la calidad asistencial a los pacientes, para desarrollar la investigación en este ámbito y para garantizar la formación de futuros profesionales.

2 DEFINICIÓN DE LA MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE LA ACREDITACIÓN

La especialidad pediátrica de Medicina de la Adolescencia (MA) se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos, psicológicos, emocionales y sociales acontecidos en la edad adolescente, comprendida entre los 10 y los 21 años, es decir la transición de la infancia a la vida adulta. Por otro lado, se encarga de la investigación, divulgación y buena práctica del cuidado de la salud del adolescente.

El pediatra debido a su formación, a su posición respecto al niño, adolescente y su familia y por la proyección social de su trabajo, constituye el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia y adolescencia. A continuación se detallan los objetivos de la acreditación y la metodología docente.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Promover la formación de pediatras y profesionales interesados en las diferentes competencias que ha de ofrecer a la población adolescente para atender a su salud integral. Preparar al MIR de Pediatría para el ejercicio de la especialidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Poner en práctica los temas específicos de la formación en MA

- Adquirir habilidades y uso de herramientas para mejorar de la calidad de la atención
- Seguimiento de patologías y problemas específicos
- Conocer las necesidades en salud y seguir los Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Mejorar la relación entre niveles asistenciales: Atención Primaria-Hospitalaria
- Establecer una atención multi e interdisciplinar entre diferentes profesionales implicados en la atención al adolescente
- Contar con la participación de los propios jóvenes en la resolución de sus necesidades y problemas de salud
- Coordinación de los recursos sociosanitarios que se relacionan con el adolescente (instituto, universidad, servicios sociales, orientadores sociales...)
- Participar en actividades de formación e investigación

2.3 METODOLOGÍA DOCENTE

Los métodos docentes a emplear son:

- Aprendizaje en consulta, mediante:
 - Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
 - Intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades ante el tutor).
 - Actividad no supervisada (información por revisión de las historias clínicas, artículos).
- Aprendizaje de pacientes ingresados (Hospital).
- Autoaprendizaje.
- Asistencia a talleres, cursos sobre diferentes aspectos (entrevista, aspectos éticos, aspectos clínicos, educación para la salud, metodología en investigación...).
- Presentación de casos clínicos, colaboración en publicaciones, programas de salud...
- Otras rotaciones: servicio de ginecología, salud mental, trastornos nutricionales, drogas...
- Se considera conveniente realizar rotaciones en unidades multidisciplinares de adolescentes, nacionales o internacionales

3 NIVELES DE ACREDITACIÓN EN EL ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (AAC-MA)

La acreditación y evaluación de los profesionales responsables de la atención clínica de los pacientes adolescentes tendrá lugar a tres niveles:

- Acreditación de los actuales profesionales que son responsables de estos procesos.

- Acreditación de los futuros profesionales, que llevarán a cabo un programa de formación en unidades acreditadas para ello.
- Mantenimiento de la acreditación a través de un programa de formación continuada.

3.1 ACREDITACIÓN DE LOS PROFESIONALES ACTUALES

Se concederá el título de especialista en MA a los médicos que cumplan los siguientes requisitos:

- Titulación: Especialista en Pediatría.
- Experiencia: Un mínimo de cinco años atendiendo a pacientes adolescentes, tras la finalización de la especialidad de pediatría.
- Se deberá documentar adecuadamente una relación contractual con un centro sanitario pediátrico (hospitalario o de AP) en el que se atienda un volumen importante de pacientes adolescentes.
- Conocimientos actualizados: Demostrar 60 horas (1 crédito=10 horas) de asistencia a cursos o congresos de la especialidad con Acreditación de Formación Continuada, reconocidos por la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Europea ,Ibero-Americanas o Americana de Medicina del Adolescente.
- Ser autor de un mínimo de dos publicaciones, referidas a las necesidades de salud, problemas y enfermedades que engloba la M.A en los últimos cinco años.

3.2 ACREDITACIÓN DE LOS FUTUROS PROFESIONALES.

La SEMA propone al Ministerio de Sanidad y Política Social que se cree el ACE-MA. Este título se concederá a los médicos que cumplan los siguientes requisitos:

- Titulación: Especialista en Pediatría con formación de tres-cuatro años en Pediatría básica vía M.I.R (o el equivalente convalidado en el país de origen en el caso de candidatos extranjeros).
- Al final de este período debe completar la especialidad durante un periodo de un año en uno o varios centros acreditados para la formación en ACE-MA.

- Durante el período de formación el especialista debe adquirir experiencia clínica, entrenamiento en la atención clínica integral al adolescente, interpretación de técnicas diagnósticas, experiencia en investigación básica o clínica, medidas preventivas y conocimientos de los aspectos de organización y administrativos del cuidado del adolescente con enfermedades crónicas y discapacidad así como experiencia en el funcionamiento como parte de un equipo multidisciplinar.
- Una vez completada la formación, el residente será especialista en Medicina de la Adolescencia y estará capacitado para asumir el papel de especialista en una consulta clínica. Necesitará adquirir un conocimiento adecuado de la base teórica de la subespecialidad (programa formativo) y estar capacitado para hablar en público, realizar lectura crítica de artículos y como realizar investigación.
- Debe demostrar habilidades en el cuidado de la salud integral del adolescente centrado en la familia, teniendo en cuenta los aspectos éticos y la atención a una población diversa que abarca diferentes edades, culturas, etnias, diferencias religiosas y diferentes orientaciones sexuales.

4 PROGRAMA FORMATIVO

4.1 OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE:

- I. **Actuar de forma efectiva en la consulta, buen uso de recursos, conocimientos adecuados incluido los aspectos éticos del cuidado centrados en la familia:**
 - a. Demostrar un adecuado conocimiento de los objetivos fundamentales de la medicina de la adolescencia.
 - b. Demostrar un adecuado trato en la consulta incluida la presentación al paciente y proporcionar una información adecuada documentada por escrito y oral.
 - c. Capacidad para informar a otros profesionales de la salud.
 - d. Demostrar comprensión en los problemas de los pacientes y en el cuidado centrado en la familia.
 - e. Conocer y responder según la ética profesional en el cuidado del adolescente y en las decisiones tomadas en la consulta.

- f. Conocimiento de las leyes que abarcan el trato médico al adolescente para poder aconsejar a organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- g. Conocer recursos en la comunidad.

II. Conocer el desarrollo y crecimiento en la adolescencia

- a. Crecimiento físico normal y patológico.
- b. Cambios físicos en la pubertad.
- c. Alteraciones del crecimiento puberal.
- d. Desarrollo normal psicológico, emocional y cognitivo en la adolescencia.
- e. Impacto del crecimiento y desarrollo normal y patológico en la salud del adolescente y en su familia.
- f. Farmacocinética y toxicología en el adolescente. Cambios metabólicos en el crecimiento y desarrollo e influencia en la dosificación de fármacos.

III. Peculiaridades de la entrevista clínica del adolescente.

- a. Conocimiento y adecuado manejo de las conductas de riesgo, reducción del daño, modelo transteórico del cambio, modelo motivacional y *“resilience”*

IV. Aspectos específicos del género que afectan al cuidado del adolescente:

- a. Diferencias en la presentación de ciertas enfermedades según el género.
- b. Diferencias en la utilización de los recursos sanitarios según el género
- c. Aspectos médicos según el género

V. Nutrición y ejercicio

- a. Requerimientos nutricionales para un adecuado crecimiento y desarrollo en el adolescente.
- b. Necesidades nutricionales en poblaciones especiales.
- c. Carencias nutricionales más frecuentes en el adolescente: prevención y tratamiento.
- d. Desórdenes nutricionales en el adolescente.
- e. Impacto positivo y negativo de la actividad física en la salud mental y física

VI. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y obesidad

- a. Formas de presentación de los TCA en niños y adolescentes
- b. Etiopatogenia, prevención y factores de riesgo de los TCA y obesidad
- c. Impacto de los TCA y la obesidad en el desarrollo y en el crecimiento
- d. Tipos de tratamientos e indicaciones en la obesidad y los TCA
- e. Cuidado pediátrico del paciente adolescente con TCA

VII. Salud sexual y reproductiva

- a. Anatomía y fisiología normal del aparato reproductivo de ambos sexos
- b. Alteraciones del sistema reproductor y el tratamiento
- c. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones menstruales
- d. Sexualidad
 - i. Desarrollo de la sexualidad en adolescentes
 - ii. Epidemiología y tendencias en el comportamiento sexual en el adolescente
 - iii. Prácticas de sexo seguro
- e. Anticonceptivos
 - i. Métodos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones en adolescentes sanos y con enfermedades crónicas.
 - ii. Mecanismos de acción
 - iii. Nivel de aceptación y adherencia de los métodos anticonceptivos
- f. Infecciones de Trasmisión Sexual (ETS)
 - i. Epidemiología, factores de riesgo específicos en adolescentes, incluido VIH.
 - ii. Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de ETS, incluido VIH.
- g. Embarazo y maternidad en edad adolescente
 - i. Epidemiología del embarazo en el adolescente.

- ii. Prevención del embarazo en edad adolescente a nivel poblacional e individual.
- iii. Implicaciones físicas, emocionales, sociales y económicas del embarazo del adolescente y su familia.
- iv. Consejo inicial y planificación de un seguimiento adecuado de la adolescente embarazada.
- v. Opciones disponibles ante el embarazo en edad adolescente.
- vi. Complicaciones del primer trimestre: embarazo ectópico, aborto completo, aborto incompleto.
- vii. Métodos y complicaciones físicas y psíquicas del aborto terapéutico.
- viii. Impacto del embarazo en pacientes con enfermedades crónicas.

VIII. Maltrato y violencia

- a. Epidemiología, identificación, valoración, tratamiento, prevención e impacto de:
 - i. Maltrato físico
 - ii. Maltrato psíquico
 - iii. Abuso sexual
 - iv. Acoso escolar y ciberacoso
 - v. Violencia callejera

IX. Lesiones y accidentes

- a. Epidemiología de las lesiones accidentales y provocadas
- b. Prevención de lesiones y accidentes
- c. Impacto de las lesiones y accidentes en la salud y el bienestar
- d. Impacto de la ingestión de tóxicos y sobredosis

X. Medicina del deporte

- a. Consejo y manejo de las lesiones deportivas comunes
- b. Conocimiento de los desórdenes asociados a la práctica deportiva

XI. Enfermedades del adolescente

- a. Epidemiología, etiología, patogénesis, características clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial y manejo de condiciones específicas durante la adolescencia (tales como el síndrome de fatiga crónica, alteraciones del sueño, alteraciones funcionales y somáticas).
- b. Problemas cutáneos del adolescente
- c. Enfermedades infecciosas prevalentes en la adolescencia incluida epidemiología, microbiología y tratamiento.
- d. Importancia del sueño y sus trastornos
- e. Conocimiento de estrategias alternativas médicas

XII. Necesidades especiales de salud

- a. Impacto de las enfermedades crónicas y discapacidad en la salud y el bienestar de los adolescentes y sus familias.
- b. Enfermedades y discapacidades que pueden aparecer o empeorar durante la adolescencia.
- c. Necesidades especiales de adolescentes con discapacidad física y/o cognitiva.
- d. Adherencia al tratamiento del adolescente.
- e. Impacto de enfermedades graves en el desarrollo del adolescente y en el bienestar emocional.

XIII. Transición

- a. Transición del cuidado de la pediatría a la edad adulta.
- b. Conocer las diferencias del cuidado entre el modelo pediátrico y el adulto.
- c. Conocer las diferentes fases de la transición del cuidado.
- d. Modelos y herramientas para promocionar un adecuado cuidado durante la transición.

XIV. Salud Mental

Epidemiología, clínica y diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas comunes:

- a. Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

- b. Suicidio y autolesiones.
- c. Trastornos del comportamiento.
- d. Trastornos cognitivos, del aprendizaje y de la atención.
- e. Trastornos de personalidad.
- f. Problemas escolares y fracaso escolar.
- g. Abuso de sustancias.
- h. Trastornos del comportamiento alimentario.
- i. Trastorno por estrés postraumático.
- j. Conocimiento de las indicaciones, posología, efectos secundarios, interacciones, farmacocinética y farmacodinámica de medicación psiquiátrica de uso común.
- k. Conocimiento de las modalidades psicoterapéuticas (individual, familiar y de grupo).
- l. Indicaciones de derivación a psiquiatría
- m. Crisis de identidad y manejo.
- n. Estigmatización de los adolescentes con patología psiquiátrica.

XV. Sociedad y salud

- a. Dimensión social, cultural y política de la salud.
- b. Juventud según las diversas culturas.
- c. Homosexualidad, bisexualidad en la adolescencia.
- d. VIH en adolescentes.
- e. Adolescencia en acogida, centros de menores o en situaciones especiales (dificiles, adoptados, inmigrantes).
- f. Padres adolescentes.
- g. Pobreza y adolescencia.

XVI. Salud pública

- a. Técnicas preventivas, estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- b. Guías preventivas y de anticipación.
- c. Conocer el calendario vacunal.
- d. Adolescentes en riesgo y determinantes de salud.

XVII. Aspectos éticos y legales

- a. Las leyes y los conceptos de la confidencialidad y el consentimiento informado en el cuidado del adolescente.
- b. Aspectos éticos en la atención al adolescente.

XVIII. Papel de la familia y la comunidad

- a. La evolución de la naturaleza y la diversidad organizacional del concepto de familia.
- b. Impacto del funcionamiento y la dinámica familiar en el desarrollo de los adolescentes.
- c. Impacto de la enfermedad física y mental del adolescente en la familia.
- d. Impacto en el adolescente de un miembro crónicamente enfermo.

4.2 DESARROLLO DE HABILIDADES EN INVESTIGACIÓN MÉDICA:

- I. Formación en el diseño de estudios de investigación, incluyendo estadística médica, organización y presentación de datos, manejo de bases de datos.
- II. Haber participado en la elaboración de al menos dos artículos de la especialidad y publicados en una revista científica médica de impacto.
- III. Ser primer autor de algún artículo científico publicado en una revista científica médica de impacto.
- IV. Haber presentado al menos dos comunicaciones en Congresos de Medicina de la Adolescencia a nivel nacional o internacional.

4.3 OTRAS HABILIDADES

- I. Adquirir experiencia en auditorías clínicas.
- II. Adquirir experiencia en habilidades relevantes de organización y administración médicas.
- III. Conocer las guías legales y éticas sobre confidencialidad, consentimiento informado del menor y sus tutores legales así como el derecho a renunciar a tratamiento.
- IV. Adquirir habilidades en docencia.
- V. Adquirir experiencia del funcionamiento como parte de equipos multidisciplinarios, incluyendo habilidades de cuidados psicosociales.
- VI. Adquirir habilidades de comunicación y apoyo moral con el paciente, su familia y su entorno.
- VII. Adquirir habilidades en la cooperación con otros especialistas:
 - Psicólogos
 - Psiquiatras
 - Ginecólogos
 - Traumatólogos
 - Endocrinólogos
 - Atención primaria/Hospital.
 - Infectólogos
 - Medicina interna
 - Pedagogos, asistentes sociales, profesores...

5 PERIODO FORMATIVO Y EVALUACIÓN

La formación se basará en el principio de responsabilidad progresiva y en la evaluación individualizada por un tutor tanto hospitalario como de Atención primaria. El progreso y los objetivos de aprendizaje serán discutidos y evaluados con su tutor a intervalos de 3 meses, debiendo poseer un libro personal donde se registrarán todas sus actividades y reuniones trimestrales, firmadas por su tutor y el Jefe de la Unidad docente.

Un modelo de evaluación y criterios para realizarla se incluyen en el anexo 1 y 2

Al final del programa, el especialista tendrá la capacidad para establecer las indicaciones y uso de los procesos diagnósticos y terapéuticos de la especialidad.

Se crean **áreas definidas de estancia imprescindibles** para la formación del especialista:

- I. Dermatología pediátrica y del adolescente, incluyendo enfermedades venéreas: 1 mes
- II. Psiquiatría y psicología del adolescente: 2-4 meses
- III. Medicina deportiva del adolescente: 1 mes
- IV. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria: 1 mes
- V. Ginecología del adolescente y manejo de medios anticonceptivos: 2-3 meses
- VI. Drogas de abuso: 1-2 meses
- VII. Estancia mínima en una unidad de adolescente multidisciplinar: 4-6 meses.

Dependiendo de lo que la unidad pueda ofrecer a la formación del residente, el periodo de rotación en otras unidades será variable.

Bibliografía

- Silber T.J. Adolescent Medicine fellowship program. Approved by the ACGME Residency Review Committee. Update July 2010.
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of Training in Adolescent Medicine. 2008.
- Comisión nacional de especialidad. Guía de formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas. 1996.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005.
- Fox B.H, McManus M.A, Klein J.D, Diaz A, Elster A.B *et all*. Adolescent Medicine Training in Pediatric Residency Programs. *Pediatrics* 2010; 125; 165-172.
- Trent M, Cheng T.L. Meeting the Needs of Adolescents: Pediatric Medical Education and Workforce. *Pediatrics* 2010; 125; 191.
- Villamil Cajoto I, Villacián Vicedo J, Canedo Romero C, Villacián Vicedo G, *et all*. Medicina del adolescente. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 525-528.
- Declaración de Santiago de Compostela sobre la atención al adolescente. XI Encuentro del Comité de Adolescencia de ALAPE. Mayo, 1999.
- Council on child and adolescent health. Age limits of pediatrics. *Pediatrics* 85:5, 1988.
- Orr DP, Weiser SP, Dian Da, MaruanaCA. Adolescent health care: Perceptions and needs of the practicing physician. *J Adolesc Health Care* 8:239, 1987.
- Blum RW, BearingerLH. Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care. *J Adolesc Health Care* 11:289, 1990.
- Marks A, Fisher M, Lasker S. Adolescent Medicine in pediatric practice. *J Adolesc Health Care* 11:149, 1990.
- OMS, FNUAP, UNICEF. “Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Hacia un programa común Recomendaciones de un Grupo de Estudio conjunto”. 1997.
- OMS. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?. (En línea). (Consultado el 20/3/2013). Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. (En línea). (Consultado el 20/3/2013). Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html
- OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes. (En línea). (Consultado el 20/3/2013). Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html
- American Board of Pediatrics Subboard of Adolescent Medicine. Subspecialty In-training, Certification, and Maintenance of Certification Examinations. Last Revised 08/2011
- Emans SJ, Austin SB, Goodman E, Orr DP, Freeman R, Stoff D, Litt IF, Schuster MA, Haggerty R, Granger R, Irwin CE Jr with the participants of the W.T. Grant Foundation conference on Training Physician Scientists. Improving adolescent and young adult health - training the next generation of physician scientists in transdisciplinary research. *J Adolesc Health*. 2010 ;46:100-109
- Fox HB, McManus MA, Klein JD, Diaz A, Elster AB, Felice ME, Kaplan DW, Wibbelsman CJ, Wilson JE. Adolescent medicine training in pediatric residency programs. *Pediatrics*. 2010;125: 165–172
- Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
- Hardoff D, Danziger Y, Reisler G, Stoffman N, Ziv A. Minding the gap: training in adolescent medicine when formal training programmes are not available. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2009 ;94:157-60.
- Hardoff D, Eisenstein E Adolescent medicine with a 100 year perspective. *Int J Adolesc Med Health*. 2004;1:293-302.
- Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R. Adolescent medicine in paediatric practice. *Arch Dis Child* 2005;90:1133–1137.
- Viner RM. Do adolescent inpatient wards make a difference? Findings from a national young patient survey. *Pediatrics*. 2007 ;120:749-755

ANEXO 1.-FICHA OFICIAL DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE MA

APELLIDOS Y NOMBRE

NACIONALIDAD DNI/PASAPORTE

CENTRO

TITULACIÓN ESPECIALIDAD

AÑO RESIDENCIA

TUTOR

ROTACIÓN

CONTENIDO DURACIÓN: DE A

UNIDAD CENTRO

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

CALIFICACIÓN(1)

NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS

NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS

HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO

CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS

MEDIA (A)

B.- ACTITUDES

CALIFICACIÓN(1)

MOTIVACIÓN

DEDICACIÓN

INICIATIVA

PUNTUALIDAD/ASISTENCIA

NIVEL DE RESPONSABILIDAD

RELACIONES PACIENTE/FAMILIA

RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO

MEDIA (B)

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN CONTINUADA CALIFICACIÓN (1) CAUSA E. NEG. (3)
(70% A + 30% B)

CALIFICACIÓN LIBRO DEL ESPECIALISTA CALIFICACIÓN (1) CAUSA E. NEG. (3)
EN FORMACIÓN

En a de de

VISTO BUENO:

EL JEFE DE LA UNIDAD

EL TUTOR

Fdo.: Fdo.:

ANEXO 2.-CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA “EVALUACIÓN DE ROTACIÓN” DEL RESIDENTE

A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

1. Nivel de conocimientos teóricos adquiridos:

Puntuación

0 Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínico- prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia, no suele estudiar o leer.

1 Limitados pero suficientes para realizar la actividad profesional.

2 Adecuados que le permiten una buena práctica profesional.

3 Excelentes, es brillante.

2. Nivel de habilidades adquiridas:

Puntuación

0 No parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad.

1 Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue.

2 Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo a los objetivos señalados en su programa de formación.

3 Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos.

3. Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas:

Puntuación

0 No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas.

1 Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones habitualmente elige el criterio adecuado.

2 Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados.

3 Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.

4. Capacidad para tomar decisiones:

Puntuación

0 Toma decisiones precipitadas que conducen a un error, no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma.

1 No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan.

2 Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos, y suelen ser correctas.

3 Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasan. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas.

5. Utilización racional de los recursos:

Puntuación

0 Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación.

1 El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamiento de baja utilidad para el caso.

2 Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta.

3 Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados y menos caros

B. ACTITUDES

1. Motivación:

a) Muestra interés por el paciente y entorno, realizando –si es posible- la historia clínica del paciente de primer día de una forma adecuada.

b) Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos y colabora voluntariamente –si es posible– en el mantenimiento al día de las historias clínicas de forma detallada.

c) Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos intentando obtener el máximo rendimiento.

Puntuación

0 No cumple ninguno de los apartados.

1 Cumple el criterio a.

2 Cumple el criterio a y b.

3 Cumple los tres criterios.

2. Dedicación: Tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas (guardias excluidas):

Puntuación

0 El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso.

1 Dedicación justa a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes.

2 Su dedicación a las labores del Servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada.

3 No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio.

3. Iniciativa:

Puntuación

0 Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor.

1 Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírsele.

2 Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido para ello.

3 Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes

4. Puntualidad / asistencia a las diversas actividades y nivel de responsabilidad: Cumple el horario

normal de trabajo y asume la responsabilidad necesaria ante el paciente:

Puntuación

0 Nunca o casi nunca.

1 Habitualmente.

2 Siempre.

3 Dedicación horaria por encima de su jornada laboral. Alto nivel de responsabilidad.

5. Relaciones pacientes / familia: Se refiere a la ocurrencia de disfunciones con la familia o el paciente como consecuencia de las actitudes o el comportamiento del Residente:

Puntuación

0 Mantiene una actitud distante, indiferente que genera a veces conflictos innecesarios; suele ser persona no grata a familiares y pacientes.

1 Habitualmente tiene una actitud algo distante e indiferente, sin propiciar relaciones más fluidas, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios.

2 Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas.

3 El Residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia / paciente.

6. Relaciones con el equipo de trabajo:

Puntuación

0 Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del Equipo.

No participa en las actividades del Equipo (reuniones, sesiones...).

1 Ocasionalmente es poco tolerante o muestra una cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del Equipo. Participa pasivamente en las actividades mostrando poco interés.

2 Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del Equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés.

3 Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma de decisiones e iniciativas que implican al Equipo. Totalmente integrado.