El Cuidado de los Adolescentes en los Hospitales Españoles: los Pacientes Invisibles

Ana M Ullán

Departamento de Psicología Social y Antropología
Universidad de Salamanca

Rafael González-Celador

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Salamanca

Paloma Manzanera

Departamento de Psicología Social y Antropología
Universidad de Salamanca

Resumen

Objetivo:

El objetivo general de este trabajo fue realizar una aproximación a los modelos efectivos de atención hospitalaria no psiquiátrica que reciben los adolescentes en los hospitales españoles. En concreto se pretendía conocer si los hospitales españoles cuentan con unidades de ingreso no psiquiátrico específicas para pacientes adolescentes, qué parámetros de edad utilizan estas unidades, las patologías que atienden y qué servicios educativos y de ocio se ofrecen a los pacientes ingresados en ellas. Si los hospitales no disponen de unidades específicas de ingreso para pacientes adolescentes, se quería saber hasta qué edad ingresan los menores de edad en la unidad de pediatría, dónde ingresan cuando no lo hacen en pediatría, y si se ofrecen actividades alternativas de educación y de ocio a los pacientes menores de edad que ingresan en unidades distintas de pediatría.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo mediante encuestas llevadas a cabo en 73 hospitales, de los cuales en sesenta y ocho se admitían ingresos de menores de edad.

Resultados:

En la mayoría de los hospitales participantes los ingresos no psiquiátricos de los adolescentes tienen lugar en unidades que no son específicas para pacientes de su edad. Por el contrario, estos pacientes ingresan en pediatría hasta una edad de corte a partir de la cual ingresan en unidades de adultos. La edad de corte más frecuente, según los datos, es de 15 años o menos. Salvo excepciones, cuando los adolescentes ingresan en unidades de adultos no tienen garantizado el apoyo educativo durante su estancia en el hospital y las alternativas de ocio y de ocupación del tiempo de hospitalización a que pueden acceder son las mismas, básicamente, que las de los pacientes adultos.

Conclusiones:

La consideración de los adolescentes dentro del sistema hospitalario español presenta una serie de carencias si tenemos en cuenta los parámetros internacionales de calidad.

Palabras clave: Adolescentes, Hospitalización, Calidad de los servicios de salud, Estudio descriptivo.

Abstract

Goal:

The general goal of this work was to address the actual models of nonpsychiatric hospitalization received by adolescents in Spanish hospitals. Specifically, we wished to determine whether Spanish hospitals have specific nonpsychiatric admittance units for adolescent patients, what are the age parameters used by such units, what pathologies do they attend, and what educational and leisure services are provided for hospitalized patients. If the hospitals do not have specific admittance units for adolescent patients, we wished to know the age limit at which minors are admitted into the pediatric unit, and where are they admitted when they are not admitted in pediatrics, and whether alternative educational and leisure activities are provided to minor patients who are admitted in units other than pediatrics.

Method:

We carried out a descriptive study by means of surveys in 73 hospitals, of which 68 admitted minor patients.

Results:

In most of the participating hospitals, nonpsychiatric admittance of adolescents took place in units that were not specifically for patients of their age. In contrast, these patients are admitted into pediatric units up to a cut-point age as of which they are admitted into adult units. According to the data, the most frequent cut-point age is 15 years or under. With some exceptions, when adolescents are admitted into adult units, they are not guaranteed any educational support during their hospitalization, and the leisure alternatives to spend time while hospitalized to which they have access are basically the same as those of the adult patients.

Conclusions:

The consideration of adolescents within the Spanish hospital system presents a series of lacks if we take international quality parameters into account.

Key words

Adolescents, Hospitalization, Quality of Health Care, Survey Descriptive Study.

Introducción

Los avances científicos de la medicina y los cambios sociales de las décadas pasadas han aumentado la conciencia de la necesidad de proteger y promover la salud de los adolescentes como grupo de población específico, esto es, con características y necesidades de salud particulares (1). La esperanza de vida de los niños con enfermedades graves ha mejorado significativamente, y el aumento de la longevidad de los niños con enfermedades crónicas ha dado lugar a un incremento de los adolescentes que padecen estas dolencias y, en consecuencia, a un crecimiento de la demanda de servicios hospitalarios para este grupo de población (1). Sin embargo, el grado de adaptación de los servicios hospitalarios a las necesidades de los pacientes adolescentes es escaso y los adolescentes están subrepresentados en la investigación sobre hospitalización y servicios de salud (2).

Desde una perspectiva evolutiva, la adolescencia se entiende como el período de transición desde la infancia la vida adulta e implica importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales que deben tenerse en cuenta en la prestación de servicios sanitarios a este grupo de población (3). La experiencia de la hospitalización tiene unas características especiales para los adolescentes (4). En los hospitales los adolescentes dependen de manera muy acusada de los adultos, son sometidos a exámenes muy frecuentes, interrogados acerca de cuestiones sobre su cuerpo que pueden resultarles incómodas y las relaciones con sus amigos y familias están bastante restringidas (5). Aunque no siempre la experiencia de la hospitalización ni todos sus aspectos tienen que ser negativos para los adolescentes. Están documentadas opiniones positivas de los adolescentes en relación con su hospitalización que tienen que ver con la amabilidad del personal sanitario, con la atención que reciben, con el hecho de haber aprendido de la experiencia o de haber podido hacer nuevos amigos, etc. (6, 7). Gusella y Ward evaluaron la satisfacción con la hospitalización de un grupo de adolescentes en relación con la privacidad, el contacto y las visitas de sus iguales, la movilidad, la independencia, y la continuidad educativa (4). El análisis de los resultados obtenidos por estos investigadores corroboró la importancia de los aspectos discutidos para los adolescentes hospitalizados. En el mismo sentido se manifiestan los resultados del estudio cualitativo llevado a cabo por Blumberg y Devlin en el que se examinaron las preferencias de chicos y chicas de entre 12 y 14 años, en relación tanto con el diseño físico de los hospitales como con cuestiones relativas a su privacidad en los mismos, a la ocupación del tiempo de hospitalización o a la política de visitas (2).

Aunque de forma menos exhaustiva que en relación con otros grupos de pacientes, la investigación sobre la satisfacción de los adolescentes con el cuidado recibido en los hospitales y sobre sus preferencias tiene un desarrollo interesante (8-10). Aun así, son escasas las investigaciones sobre los sistemas efectivos de cuidado diario de los adolescentes en los hospitales (11, 12). Sin embargo, el conocimiento de la situación efectiva de los adolescentes en los centros hospitalarios es un aspecto básico para garantizar la mejor adaptación de los servicios sanitarios a las características y a las necesidades de salud de estos pacientes adolescentes, y un punto de partida fundamental para la programación de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los adolescentes hospitalizados. El objetivo general del trabajo que ahora se presenta fue realizar una aproximación a los modelos efectivos de atención hospitalaria no psiquiátrica que reciben los adolescentes en los hospitales españoles, considerando como tales los pacientes de entre 12 y 18 años. En concreto se pretendía: a) conocer si los hospitales españoles cuentan con unidades de ingreso no psiquiátrico específicas para pacientes adolescentes; b) conocer los parámetros de edad que utilizan estas

unidades, las patologías que atienden y qué servicios educativos y de ocio se ofrecen a los pacientes ingresados en ellas; c) si los hospitales no disponen de unidades específicas de ingreso para pacientes adolescentes, se quería saber hasta qué edad ingresan los menores de edad en la unidad de pediatría y dónde ingresan cuando no lo hacen en pediatría; y d) saber si se ofrecen actividades alternativas de educación y de ocio a los pacientes menores de edad que ingresan en unidades distintas de pediatría.

Método

Se realizó un estudio descriptivo mediante encuestas llevadas a cabo en 73 hospitales. Para participar en este estudio se seleccionaron los 76 centros hospitalarios que figuran en el Catálogo Nacional de Hospitales 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo con un número de camas igual o mayor que 500. Un técnico del equipo de investigación se puso en contacto telefónico durante el mes de noviembre de 2008 con el Servicio de Atención al Paciente, o servicio análogo, de cada uno ellos. Tras la identificación del técnico, se detalló la vinculación institucional de la realización de la investigación y sus objetivos. Seguidamente se preguntaba al interlocutor si el hospital contaba con una unidad específica de ingreso de adolescentes, si la respuesta era positiva se le hacían las preguntas recogidas en la tabla 1, si no lo era se le hacían las preguntas recogidas en la tabla 2. Aunque el primer contacto con cada hospital fue el servicio de atención al paciente o servicio análogo, la información final sobre las cuestiones abordadas en la encuesta se proporcionó por profesionales vinculados a diferentes unidades y servicios de los hospitales que se indican en la tabla 3. En 8 hospitales la información se proporcionó desde dos fuentes diferentes. Tres hospitales no contestaron a la encuesta. De los 73 hospitales que sí lo hicieron, en 5 de ellos solamente atendían a pacientes adultos. Así pues, la muestra efectiva de hospitales que respondieron a la encuesta y en los cuales se producían ingresos de pacientes menores de edad fue de 68. De estos 68, dos hospitales eran hospitales psiquiátricos con unidades para ingresos de menores y sus datos fueron excluidos dado que en este estudio no se contempla el análisis de la hospitalización psiquiátrica de adolescentes. La distribución por Comunidades Autónomas de los hospitales que respondieron a la encuesta figura en la tabla 4.

Tabla 1: Formato de encuesta utilizado cuando en el hospital había unidad de ingreso para pacientes adolescentes

-
- a) La unidad para adolescentes ¿es general o depende del tipo de patología que presenta el paciente?. Enumere las patologías atendidas.
 - b) ¿Desde qué edad ingresan los pacientes en esta unidad?
 - c) Además del diagnóstico y de los tratamientos ¿se ofrecen otros servicios a los pacientes de esta unidad, como aulas hospitalarias, bibliotecas, actividades de ocio, etc.?
-

Tabla 2: Formato de encuesta utilizado cuando en el hospital no había unidad de ingreso para pacientes adolescentes

-
- a) ¿Hasta qué edad ingresan los menores de edad en la unidad de pediatría?
 - b) ¿Dónde ingresan los menores si no ingresaban en pediatría?
 - c) Los menores de edad que ingresan en unidades de adultos ¿reciben atención educativa en el hospital?
 - d) Además del diagnóstico y de los tratamientos, ¿ofrece el hospital otros servicios a los pacientes menores de edad ingresados en unidades de adultos, como bibliotecas, actividades de ocio, etc.?
-

Tabla 3: Porcentaje de casos en los que los profesionales de los hospitales que contestaron la encuesta pertenecían a cada uno de los servicios o unidades indicadas

Servicio o unidad a la que pertenecían los profesionales que respondieron a la encuesta	% de casos
Servicio de atención al paciente	30,1%
Unidad de pediatría	37,0%
Colegio del hospital	9,6%
Dirección o subdirección médica del hospital	8,2%
Departamento de trabajo social	6,8%
Departamento de prensa o subdirección de comunicación	5,5%
Subdirección de enfermería	4,1%
Gerencia del hospital	2,7%
Servicio médico de admisión	2,7%
Servicios de atención a los adolescentes	2,7%
Servicio de promoción de calidad	1,4%

Tabla 4: Distribución de los hospitales de la muestra por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Hospitales participantes	
	N	(% del total)
Andalucía	13	(19,12%)
Aragón	2	(2,94%)
Ppdo. de Asturias	1	(1,47%)
Illes Balears	1	(1,47%)
Canarias	4	(5,88%)
Cantabria	1	(1,47%)
Castilla-La Mancha	3	(4,41%)
Castilla y León	6	(8,82%)
Cataluña	7	(10,29%)
Comunidad Valenciana	6	(8,82%)
Extremadura	2	(2,94%)
Galicia	6	(8,82%)
Madrid	9	(13,23%)
Región de Murcia	2	(2,94%)
C. Foral de Navarra	1	(1,47%)
País Vasco	3	(4,41%)
La Rioja	1	(1,47%)
TOTAL	68	(100%)

Resultados

Hospitales Con Unidades para Ingreso de Adolescentes

De los 68 hospitales de la muestra efectiva, en tres de ellos se declaró que contaban con unidades específicas de ingreso para adolescentes. En dos casos se trataba de unidades especiales para adolescentes en hospitales psiquiátricos y sus datos se excluyeron por no ser relevantes para el objetivo del estudio que se centraba en la hospitalización no psiquiátrica. Solamente en un hospital, el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, se informó de la existencia de una unidad no psiquiátrica de ingreso específica para pacientes adolescentes. El carácter de esta unidad era general y en ella se atendían síncope y cuadros confusionales, cefaleas, abdominalgias, mareos de repetición, patologías orgánicas habituales, problemas de inadaptación del desarrollo y pubertad, somatizaciones, cuadros conversivos, baja autoestima, episodios de ansiedad en relación con la escolaridad, trastornos de aprendizaje con derivaciones bio-psico-sociales, intoxicaciones por abuso de sustancias diversas, maltrato y abusos físicos y sexuales, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y sus comorbilidades, sexualidad, prevención, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de conducta y comportamiento, y control y seguimiento de enfermedades crónicas. Las patologías no contempladas en esta unidad son las patologías infecciosas, las oncológicas, las psiquiátricas y las de cirugía. En esta unidad se atienden a pacientes entre 12 y 18 años. Los adolescentes ingresados en esta unidad cuentan con servicios educativos de apoyo, un aula hospitalaria, una biblioteca y dotaciones informáticas.

Hospitales Sin Unidades para Ingreso de Adolescentes

En 65 hospitales, de los 68 de la muestra efectiva, se declaró que no se contaba con unidades especiales de ingreso para pacientes adolescentes. La mayor parte de los hospitales de la muestra (95,6%) no contaban, pues, con unidades especiales de ingreso para pacientes adolescentes.

Los 65 hospitales que no tenían unidades de ingreso para adolescentes sí disponían de unidades de ingreso pediátrico donde se hospitaliza a los niños hasta que cumplen una edad, variable según los centros. A partir de esta edad, salvo excepciones que comentaremos más adelante, los menores de edad ingresan en el hospital en las mismas condiciones que los pacientes adultos. Denominamos “edad de corte” a la edad a partir de la cual los menores de edad ya no se hospitalizan en pediatría sino en servicios de pacientes adultos. La edad de corte utilizada en los 65 hospitales se recoge en la tabla 5.

En el 84,6% de los hospitales que no tienen servicios de ingreso para adolescentes la edad de corte es 15 años o menos. En estos hospitales, pues, se ingresa a menores de edad en servicios de adultos con 15 años o más jóvenes incluso. Sólo en cuatro hospitales de los 65 que no tenían servicios de ingreso para adolescentes (6,2%) se seguía la norma de ingresar a los pacientes en servicios de adultos únicamente cuando habían cumplido los 18 años.

Tabla 5: Número y porcentaje de hospitales que utilizan cada edad de corte para comenzar a ingresar a los menores de edad de servicios de adultos

Edad de corte utilizada a partir de la cual los pacientes dejan de ingresar en pediatría e ingresan en servicios de adultos	Hospitales participantes* que utilizan cada edad de corte	
	N	(%)
12 años	1	(1,5%)
13 años	0	(0%)
14 años	17	(26,2%)
15 años	37	(56,9%)
16 años	3	(4,6%)
17 años	3	(4,6%)
18 años	4	(6,2%)
TOTAL	65	(100%)

* Los hospitales referidos en esta tabla son los hospitales de la muestra en los que no había unidad de ingreso para adolescentes

Con las competencias sanitarias transferidas a las administraciones regionales, en España son las Comunidades Autónomas (CCAA) las administraciones con la mayor responsabilidad normativa sobre el cuidado del paciente y la calidad de los servicios de salud. Resulta, por lo tanto, especialmente interesante segregar por CCAA los resultados obtenidos respecto a la edad de corte. En la tabla 6 se detalla para cada CCAA el número de hospitales participantes que admiten a pacientes menores de edad y que no tienen unidad de ingreso para adolescentes (n) y el porcentaje de los mismos que utilizan cada una de las edades de corte (12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 años)

La edad de corte más alta es de 15 años en trece de las diecisiete Comunidades Autónomas, lo que implica que en los hospitales de estas CCAA todos los menores de edad son ingresados en servicios de adultos una vez que cumplen, como mucho, 15 años. Solamente en dos CCAA se utiliza la mayoría de edad, los 18 años, como edad de corte en alguno de sus hospitales (en un hospital de Madrid y en tres de Cataluña).

Tabla 6: Porcentaje (%) de hospitales participantes* de cada CCAA que utilizan cada edad de corte para ingresar a los pacientes en unidades de adultos

Comunidades Autónomas	Edades de corte utilizadas						
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
ANDALUCÍA (n=13)			30,8%	69,2%			
ARAGÓN (n=1)				100%			
PPDO. DE ASTURIAS (n=1)			100%				
ILLES BALEARS (n=1)				100%			
CANARIAS (n=4)			75%	25%			
CANTABRIA (n=1)				100%			
CASTILLA-LA MANCHA (n=3)				100%			
CASTILLA Y LEÓN (n=6)			50%	33,3%		16,7%	
CATALUÑA (n=5)				20%		20%	60%
COMUNIDAD VALENCIANA (n=6)			16,7%	66,7%	16,7%		
EXTREMADURA (n=2)				100%			
GALICIA (n=6)			16,7%	83,3%			
MADRID (n=9)			22,2%	33,3%	22,2%	11,1%	11,1%
REGIÓN DE MURCIA (n=2)	50%		50%				
C. FORAL DE NAVARRA (n=1)				100%			
PAÍS VASCO (n=3)			33,3%	66,7%			
LA RIOJA (n=1)				100%			

* Los hospitales participantes referidos en esta tabla son los 65 hospitales de la muestra en los que no había unidad de ingreso para adolescentes.

n= Número de hospitales participantes de cada CCAA que admiten pacientes menores de edad y que no tienen unidades de ingreso para adolescentes.

Excepciones a la norma de edad de corte. Aunque el cuestionario no incluía ninguna pregunta explícita sobre excepciones a la norma de edad de corte, en 26 casos los interlocutores mencionaron expresamente excepciones a la norma de ingresar en servicios de adultos a menores de edad a partir de la edad de corte que en el hospital estaba establecida. Estas excepciones hacían referencia tanto a las patologías y a la historia de hospitalización del paciente como a las condiciones del servicio de pediatría. La excepción más comentada fue la de las patologías psiquiátricas, pero, dado que no se había incluido la mención expresa a la hospitalización psiquiátrica, lo único que podemos valorar es que en las unidades de psiquiatría se plantean excepciones a la edad de corte en diversos hospitales. Además de las excepciones en la hospitalización psiquiátrica, también se mencionaron como excepcionales las patologías oncológicas. En diversos hospitales los adolescentes oncológicos ingresaban en pediatría si era allí donde habían comenzado sus tratamientos. Esto se manifestó que sucedía con algunas otras patologías que hubieran dado lugar a ingresos largos o recurrentes de los menores en los servicios de pediatría. Si el menor tenía un historial largo de hospitalización en pediatría, cuando alcanzaba la edad en la que debía ser ingresado en unidades de adultos se intentaba que, al menos durante algún tiempo, siguiera ingresando en los servicios de pediatría. A veces se mencionó que eran los especialistas médicos que atendían a estos menores quienes indicaban la pertinencia de su ingreso en pediatría, a pesar de superar la edad de corte. De todas formas, tanto en unos casos como en otros, se mencionó como factor decisivo la disponibilidad de camas libres en el servicio de pediatría.

Servicios educativos y de ocupación del tiempo de hospitalización. A la pregunta de si los menores de edad que ingresaban en unidades de adultos recibían atención educativa en el hospital, salvo en dos casos (3,1 %), la respuesta fue que si el menor ingresaba fuera de pediatría no tenía garantizado el servicio educativo. En la tabla 7 se recogen las edades hasta las cuáles se declaró que los pacientes acudían a las Aulas Hospitalarias en los hospitales que respondieron la encuesta. Con respecto a los servicios de ocio disponibles para los menores de edad que están ingresados fuera de pediatría, sucedía lo mismo que con respecto a los servicios educativos. Excepto en dos hospitales (3,1%), en el resto se declaró que estos pacientes solamente tenían disponibles las actividades y servicios de ocupación del tiempo de hospitalización previstas de manera general para los pacientes adultos.

Tabla 7: Edad hasta la que los pacientes acuden al Aula hospitalaria en los hospitales participantes*

Edad	Hospitales participantes	
	N	(%)
14 años	12	(18,46%)
15 años	20	(30,77%)
16 años	19	(29,23%)
17 años	3	(4,62%)
18 años	6	(9,23%)
Sin datos al respecto	5	(7,69%)

* Los hospitales referidos en esta tabla son los 65 hospitales de la muestra en los que no había unidad de ingreso para adolescentes

Discusión

Según los datos expuestos, en la mayoría de los hospitales participantes los ingresos no psiquiátricos de los adolescentes tienen lugar en unidades que no son específicas para pacientes de su edad. Por el contrario, estos pacientes ingresan en pediatría hasta una edad de corte a partir de la cual ingresan en unidades de adultos. La edad de corte más frecuente, según los datos, es de 15 años o menos. Salvo excepciones, cuando los adolescentes ingresan en unidades de adultos no tienen garantizado el apoyo educativo durante su estancia en el hospital y las alternativas de ocio y de ocupación del tiempo de hospitalización a que pueden acceder son las mismas, básicamente, que las de los pacientes adultos. Estos datos contrastan, por ejemplo, con la situación en los hospitales ingleses, donde solo el 0,4% de los pacientes entre 12 y 15 años y el 16% de los pacientes entre 15 y 17 años ingresan en unidades de adultos (13). En España, según los datos presentados, la proporción de pacientes de estas edades ingresados en unidades

de adultos es mucho más alta. Existe evidencia (13) de que los jóvenes que son atendidos en unidades específicas para adolescentes manifiestan una mayor satisfacción con el cuidado recibido que los que ingresan en unidades pediátricas o de adultos. A pesar de esta evidencia y de las recomendaciones en apoyo al tipo de cuidados que en ella se prestan (14, 15), en España no existen apenas unidades de ingreso hospitalario no psiquiátrico para adolescentes.

La propia diversidad de quienes respondieron a la encuesta en cada hospital, recogida en la tabla 4, hace que tengamos que tomar con cautela los resultados obtenidos en relación con los servicios educativos y de ocio, puesto que quienes proporcionaban la información en los distintos hospitales disponían de diferentes niveles de implicación y conocimiento en estos servicios educativos y de ocupación del tiempo de hospitalización disponibles para los adolescentes en el hospital. La información más fiable, respecto a los servicios educativos, y a menudo también respecto a los servicios de ocio, la proporcionan los profesores responsables de los colegios de los hospitales. Estos profesores sistemáticamente han manifestado la dificultad de conocer la existencia de menores de edad ingresados cuando su hospitalización tiene lugar fuera de pediatría, lo que en la práctica, imposibilita que sean atendidos por los servicios escolares del hospital, a pesar de la importancia del apoyo psicológico y educativo que se presta a los pacientes en las Aulas hospitalarias (16).

Aun teniendo en cuenta la limitación mencionada, referida a la diversidad de profesionales que proporcionaron la información en cada uno de los hospitales, desde nuestro punto de vista, podemos concluir que la consideración de los adolescentes dentro del sistema hospitalario español presenta una serie de carencias, si tenemos en cuenta los parámetros internacionales de calidad (12). Los procesos de enfermedad y hospitalización tienen unas implicaciones particulares en la adolescencia (4, 6, 17, 18). Sin embargo, la adolescencia, como período de la vida definido por parámetros biológicos, psicológicos y sociales, no se contempla como tal en el sistema sanitario hospitalario de manera especialmente significativa. Casi podría hablarse de una cierta "invisibilidad" de los adolescentes para el sistema sanitario hospitalario nacional. Son tratados como niños o son tratados como adultos. Estos dos modelos de cuidado de la salud representan culturas de cuidado distintas y difieren en aspectos básicos (19, 20). A nivel internacional es objeto de discusión la mejor manera de efectuar la transición de un modelo a otro, que ha de cumplirse en el período de la adolescencia (14, 21, 22). En todo caso, en España parece necesario abordar con estudios más detallados como se efectúa la transferencia de los pacientes desde los servicios de pediatría a los servicios de adultos, si esta transferencia se lleva a cabo con programas de transición o no, y si esta transición cumple las pautas recomendadas (19, 21, 23). La investigación de estas cuestiones la consideramos especialmente relevante por la importante proporción de pacientes menores de edad, especialmente menores de 16 años, ingresados en servicios de adultos en los hospitales españoles.

Referencias bibliográficas

1. Alderman M, Rieder J, Cohen MI. The history of Adolescent Medicine. *Pediatric Research*. 2003;54(1):137-47.

2. Blumberg R, Devlin AS. Design Issues in hospitals. The Adolescent client. *Environment and Behavior*. 2006;38(3):293-317.
3. Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Atención a la adolescencia. *Protocolos de Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2006;13:1-49.
4. Gusella JL, Ward AM. The experience of hospitalized adolescent: how well do we meet their developmental needs? *Children's Health Care*. 1998;27(2):131-45.
5. Miller NO, Friedman SB, Coupey SM. Adolescent preferences for rooming during hospitalization. *Journal of Adolescent Health*. 1998; (23):89-93.
6. Denholm CJ. Positive and negative experiences of hospitalized adolescent. *Adolescence*. 1988;23:115-26.
7. Stevens MS. Benefits of hospitalization: the adolescent perspective. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 1988;11:197-212.
8. Britto MT, Slap GB, DeVellis RF, Hornung RW, Knopf ADAM, DeFries GH. Specialists understanding of health care preferences of chronically ill adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40:334-41.
9. Mah JK, Tough S, Fung T, Douglas-England K, Verhoef M. Adolescent quality of life and satisfaction with care. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38:607.e1-.e7.
10. Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni M-C, et al. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38:511-8.
11. Stenbak E. *Care of children in hospital*. Copenhagen: World Health Organization; 1986.
12. Ullán AM, Belver MH. *Cuando los pacientes son niños: Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Eneida; 2008.
13. Viner RM. Do adolescent inpatient wards make a difference?. Findings from a National Young Patient Survey. *Pediatric*. 2007;120(749-755).
14. Bryon M, Madge S. Transition from paediatric to adult care: psychological principles. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001;94(suppl. 40):5-7.
15. Burr S, Nicholson S. Child friendly healthcare (Standards for the delivery of care and the psychological and emotional wellbeing of children in healthcare facilities). En: Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, editors. *International Child Health Care: a practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Publishing Group; 2001.
16. López I, Fernández A. Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*. 2006;341:553-77.
17. Gorovitz JB, Shore MF. Meeting the psychological needs of hospitalized adolescent: a look at England. *Children's Health Care*. 1983;11(4):134-41.
18. Miller SA. Promoting self-esteem in the hospitalized adolescent. *Clinical interventions*. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 1987;10:187-94.
19. McDonaugh JE. Lost in transition?. Between paediatric and adult services. It's time to improve the transition of adolescent from paediatric to adult services. *BMJ*. 2006;332(7539):435-6.
20. Rosen DS. Between two worlds: bridging the cultures of child health and adult medicine. *Journal of Adolescent Health*. 1995;17:10-6.
21. Kennedy A, Sawyer S. Transition from pediatric to adult services: are we getting it right? *Current Opinion in Pediatrics* 2008;20:403-9.
22. Reiss J, Gibson R. Health Care Transition: Destinations Unknown. *Pediatrics*. 2002;110:1307-14.
23. David TJ. Transition from the paediatric clinic to the adult service. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001;94(8):373-4.