



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles

A.M. Ullán^{a,*}, R. González Celador^b y P. Manzanera^a

^aDepartamento de Psicología Social, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 18 de septiembre de 2009; aceptado el 18 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Hospitalización;
Calidad de los
servicios de salud;
Estudio descriptivo

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 enfermedades que atienden y qué servicios educativos y de ocio se ofrecen a los pacientes ingresados en estas. 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 68 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.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ullan@usal.es (A.M. Ullán).

KEYWORDS

Adolescents;
Hospitalization;
Quality of health
care;
Survey descriptive
study

Care of adolescents in Spanish hospitals: The invisible patients**Abstract**

Aim: The general aim of this work was to address the current models of non-psychiatric hospitalization received by adolescents in Spanish hospitals. Specifically, we wished to determine whether Spanish hospitals have specific non-psychiatric admittance units for adolescent patients, what are the age limits used by such units, what diseases are cared for, and what educational and leisure services are provided for hospitalised patients. If the hospitals do not have specific admittance units for adolescent patients, we wished to find out the age limit at which minors are admitted into the paediatric unit, and where they are admitted when they are not admitted in paediatrics, and whether alternative educational and leisure activities are provided to minor patients who are admitted in units other than paediatrics.

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, adolescents with non-psychiatric illnesses were admitted to units that were not specifically for patients of their age. In contrast, these patients are admitted into paediatric units up to the cut-off age when they are admitted into adult units. According to the data, the most frequent cut-off 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 activities to occupy their time while hospitalized to which they have access are basically the same as those of adult patients.

Conclusions: The treatment of adolescents within the Spanish hospital system has a series of deficiencies as regards international quality parameters.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

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 particulares¹. 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 tienen estas dolencias y, en consecuencia, a un crecimiento de la demanda de servicios hospitalarios para este grupo de población¹. 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 salud².

Desde una perspectiva evolutiva, la adolescencia se entiende como el período de transición desde la infancia a 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 población³. La experiencia de la hospitalización tiene unas características especiales para los adolescentes⁴. En los hospitales los adolescentes dependen de manera muy acusada de los adultos, se les realizan exámenes muy frecuentes, se los interroga acerca de cuestiones sobre su cuerpo que pueden resultarles incómodas y las relaciones con sus amigos y familias están bastante restringidas⁵. 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 educativa⁴. 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 estos, a la ocupación del tiempo de hospitalización o a la política de visitas².

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 interesante⁸⁻¹⁰. 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 los 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 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. Los objetivos específicos fueron los siguientes: a) conocer si los hospitales españoles disponían de unidades de ingreso no psiquiátrico específicas para pacientes adolescentes; b) conocer los parámetros de edad que utilizan estas unidades, las enfermedades que atienden y qué servicios educativos y de ocio se ofrecen a los pacientes ingresados en estas; c) si los hospitales no disponían 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 ofrecían 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 de 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 2 fuentes diferentes. Tres hospitales no contestaron a la encuesta. De los 73 hospitales que sí lo hicieron, en 5 de estos solamente atendían a pacientes

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 enfermedad que presenta el paciente? Enumere las enfermedades 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 ingresan 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

adultos. Así pues, la muestra efectiva de hospitales que respondieron a la encuesta y en los que se producían ingresos de pacientes menores de edad fue de 68. De estos 68 hospitales, 2 eran hospitales psiquiátricos con unidades para ingresos de menores y sus datos se excluyeron, dado que en este estudio no se contempla el análisis de la hospitalización psiquiátrica de adolescentes. La distribución por comunidades autónomas (CC. AA.) de los hospitales que respondieron a la encuesta figura en la [tabla 4](#).

Resultados

Hospitales con unidades para ingreso de adolescentes

De los 68 hospitales de la muestra efectiva, en 3 de ellos se declaró que contaban con unidades específicas de ingreso para adolescentes. En 2 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

Tabla 4 Distribución de los hospitales de la muestra por comunidades autónomas

Comunidad Autónoma	Hospitales participantes	
	n	% del total
Andalucía	13	19,1
Aragón	2	2,9
Principado de Asturias	1	1,4
Islas Baleares	1	1,4
Canarias	4	5,8
Cantabria	1	1,4
Castilla-La Mancha	3	4,4
Castilla y León	6	8,8
Cataluña	7	10,2
Comunidad Valenciana	6	8,8
Extremadura	2	2,9
Galicia	6	8,8
Madrid	9	13,2
Región de Murcia	2	2,9
Comunidad Foral de Navarra	1	1,4
País Vasco	3	4,4
La Rioja	1	1,4
Total	68	100

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 esta se atendían síntomas y cuadros confusionales, cefaleas, abdominalgias, mareos de repetición, enfermedades 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 biopsicosociales, intoxicaciones por abuso de sustancias diversas, maltrato y abusos físicos y sexuales, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus comorbilidades, sexualidad, prevención, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de conducta y comportamiento, y control y seguimiento de enfermedades crónicas. Las enfermedades no contempladas en esta unidad son las enfermedades infecciosas, las oncológicas, las psiquiátricas y las de cirugía. En esta unidad se atienden pacientes de 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

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

Edad de corte**	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.

**Edad de corte utilizada, a partir de la cual los pacientes dejan de ingresar en pediatría e ingresan en servicios de adultos.

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 tenían servicios de ingreso para adolescentes la edad de corte es de 15 años o menos. En estos hospitales se ingresaba a menores de edad en servicios de adultos con 15 años o más jóvenes incluso. Solo en 4 de los 65 hospitales 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.

Con las competencias sanitarias transferidas a las administraciones regionales, en España son las CC. AA. las administraciones con la mayor responsabilidad normativa sobre el cuidado del paciente y la calidad de los servicios de salud. Resulta, por tanto, especialmente interesante separar por CC. AA. los resultados obtenidos respecto a la edad de corte. En la [tabla 6](#) se detalla, para cada comunidad autónoma, el número de hospitales participantes que admitían a pacientes menores de edad y que no tenían unidad de ingreso para adolescentes (n) y el porcentaje de estos que utilizan cada una de las edades de corte (12–18 años).

La edad de corte más alta fue de 15 años en 13 de las 17 CC. AA., lo que implica que en los hospitales de estas CC. AA. todos los menores de edad ingresaran en servicios de adultos una vez que cumplían 15 años. Solamente en 2 CC. AA. se utilizó la mayoría de edad, los 18 años, como edad de corte en alguno de sus hospitales (en un hospital de Madrid y en 3 de Cataluña).

Tabla 6 Porcentaje de hospitales participantes* de cada comunidad autónoma que utilizan cada edad de corte para ingresar a los pacientes en unidades de adultos

CC. AA.	Edades de corte utilizadas, %					
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Andalucía (n = 13)		30,8	69,2			
Aragón (n = 1)			100			
Principado de Asturias (n = 1)			100			
Islas Baleares (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
Región de Murcia (n = 2)	50%		50			11,1
Comunidad Foral de Navarra (n = 1)				100		
País Vasco (n = 3)		33,3	66,7			
La Rioja (n = 1)				100		

CC.AA.: comunidades autónomas; n: número de hospitales participantes de cada comunidad autónoma que admiten pacientes menores de edad y que no tienen unidades de ingreso para adolescentes.

*Los hospitales participantes referidos en esta tabla son los 65 hospitales de la muestra en los que no había unidad 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 enfermedades y a la historia de hospitalización del paciente como a las condiciones del servicio de pediatría. La excepción más comentada fue la de las enfermedades psiquiátricas, pero, dado que no se había incluido la mención expresa a la hospitalización psiquiátrica, lo único que se pudo valorar fue 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 enfermedades oncológicas. En diversos hospitales los adolescentes oncológicos ingresaban en pediatría si era allí donde habían comenzado sus tratamientos. Esto fue lo que se manifestó que sucedía con algunas otras enfermedades 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 ingresar 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. Tanto en

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.

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 2 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 que 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 2 hospitales (3,1%), en el resto se declaró que estos pacientes solamente tenían disponibles las actividades y los servicios de ocupación del tiempo de hospitalización previstas de manera general para los pacientes adultos.

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 12–15 años y el 16% de los pacientes entre 15–17 años ingresan en unidades de adultos¹³. En España, según los datos presentados, la proporción de pacientes de estas edades ingresados en unidades de adultos es mucho más alta. Existe evidencia¹³ de que los jóvenes que se atienden 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 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. Los profesores encargados de los colegios de los hospitales proporcionan la información más fiable respecto a los servicios educativos, y a menudo también respecto a los servicios de ocio. 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 los servicios escolares del hospital los atiendan, a pesar de la importancia del apoyo psicológico y educativo que se presta a los pacientes en las aulas hospitalarias¹⁶.

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 calidad¹². Los procesos de enfermedad y de 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. Se los trata como niños o se los trata como adultos. Estos 2 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 el cómo 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}. Consideramos especialmente relevante la investigación de estas cuestiones por la importante proporción de pacientes menores de edad, principalmente menores de 16 años, ingresados en servicios de adultos en los hospitales españoles.

Financiación

La Secretaría de Estado de Universidades del Ministerio de Ciencia e Innovación (ref. EDU2008-05441-C02-02) y la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León (ref. SA077A07) financiaron esta investigación.

Bibliografía

1. Alderman M, Rieder J, Cohen MI. The history of adolescent medicine. *Pediatric Research*. 2003;54:137–47.
2. Blumberg R, Devlin AS. Design issues in hospitals. The adolescent client. *Environment and Behavior*. 2006;38:293–317.
3. Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Atención a la adolescencia. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 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;27:131–45.
5. Miller NO, Friedman SB, Coupey SM. Adolescent preferences for rooming during hospitalization. *Journal of Adolescent Health*. 1998;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, Verhoeff 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;120:749–55.
14. Bryon M, Madge S. Transition from paediatric to adult care: Psychological principles. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001;94:5–7.
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, editores. 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;11:134–41.
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;332:435–6.
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;94:373–4.