

Unidades hospitalarias para adolescentes

P. Brañas Fernández

Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

INTRODUCCIÓN

La asistencia médica al adolescente de forma especializada es muy reciente en España, a diferencia de otros países occidentales que llevan una experiencia de más de sesenta años. En todas partes los pediatras han sido los primeros en asumir su atención cuya actividad más importante es la prevención. Estamos aún muy al principio, se necesitan médicos preparados y creación de unidades donde se pueda llevar a cabo la investigación y la docencia de esta especialidad.

Prestigiosas instituciones apoyan su desarrollo, la OMS en 1995 hizo una llamada de atención a los países para que dediquen recursos y esfuerzos a la atención de la salud de los adolescentes: *Adolescents: no longer children, not yet adults*. “Uno de los compromisos más importantes que un país debe tener para contribuir al progreso, a la estabilidad económica, social y política, es atender la salud y las necesidades del desarrollo de sus adolescentes”. La UNICEF y la Organización Panamericana de Salud también aconsejan la atención médica especializada a los adolescentes.

La adolescencia es el período de cambios físicos, psicológicos, y sociales, más activo de la vida y la mayoría de sus problemas médicos están relacionados con el estilo de vida y los hábitos y comportamientos que se inician durante ella. Para una correcta asistencia médica se necesita conocer cómo y cuáles son los factores sociales que intervienen, cuidar y mejorar la relación médico-paciente y lograr la participación del adolescente, la familia y los educadores en el cuidado de la salud. Además ambos sexos no son iguales, hay que saber y considerar sus diferentes necesidades. La adolescencia es un campo nuevo y abierto en continua evolución que no permite establecer conceptos definitivos, necesita experiencia e investigación permanente.

JUSTIFICACIÓN DE UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A lo largo del siglo pasado se ha producido la transformación de una sociedad predominantemente agraria en industrializada, esto ha producido unos cambios sociales que favorecen una mayor vulnerabilidad para enfermar en los adolescentes. El hecho más importante ha sido la prolongación del tiempo de paso a la vida adulta y el retraso de la autonomía personal. La adolescencia se ocupa de esta transición y de los fenómenos de adaptación a la nueva circunstancia social, es un tiempo de oportunidades y de riesgo que hay que reconducir hacia la oportunidad. Sus problemas tienen raíces comunes y están interrelacionados: la presencia de un riesgo posibilita la agregación de otros. No todos los adolescentes son igual de vulnerables, es necesario descubrir los que están en

situación de mayor riesgo para prevenir los problemas de salud. La adolescencia es la última oportunidad que queda para evitar que perduren en la vida adulta.

Los cambios sociales más importantes aparecidos en los últimos 50 años son muy diversos y complejos. Existe un menor índice de natalidad, un escaso número de hermanos y por tanto pocas posibilidades de compartir experiencias formativas. Se diversifican las formas de familia, aumentando los hogares formados por un solo hijo y una madre o un padre únicos, con conflictos personales, y a veces incapaces de ocuparse de las dificultades añadidas del hijo adolescente. Ha disminuido la comunicación entre padres e hijos por falta de tiempo y horarios diferentes, se sustituye el consejo paterno por la opinión de los amigos, inexpertos también para tomar decisiones.

Las exigencias del nivel escolar son altas y no dejan sitio para los menos dotados cerrando el camino para opciones laborales futuras. El fracaso escolar es un factor negativo que favorece comportamientos peligrosos para llenar el vacío de una vida sin ocupación. Se prolonga cada vez más el período educacional y se retrasa la entrada al mundo laboral cuya consecuencia es no poder independizarse y vivir a expensas de los padres hasta edades avanzadas

El crecimiento de los medios de comunicación favorece la confusión porque resaltan actitudes, formas de vivir y valores falsos que no ayudan a una formación adecuada de los adolescentes. Además, hay una inestabilidad y pérdida de los valores que no son sustituidos por otros, lo cual favorece el estrés psicológico y predispone a las personas a la pérdida de la salud mental.

Estas nuevas circunstancias sociales favorecen mayor morbimortalidad y una patología propia de la adolescencia que se puede evitar mediante medidas de prevención. La planificación de la asistencia correcta debe tener presente las características de sus distintos períodos y las diferencias según el medio social, urbano, rural, local o grupal al que pertenecen los pacientes.

REALIDAD ACTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA AL ADOLESCENTE

En el momento actual la atención a los adolescentes no cubre sus necesidades, a pesar de ser un grupo importante de la población no tiene un programa específico asistencial como lo tienen otras edades. Son atendidos por diferentes especialistas en aspectos concretos de salud, sin tener en cuenta lo que necesitan como adolescentes porque no se asumen las evidentes diferencias que tienen con los niños o los adultos.

No es nada fácil su atención médica por las diferencias individuales en el tiempo y en la forma de la maduración, resulta difícil distinguir lo normal de lo patológico. Además, existe una propensión al desajuste emocional y psicosocial que genera trastornos que se conocen poco. No hay un patrón típico de la normalidad.

Los profesionales médicos todavía están poco motivados para asumir los aspectos psicológicos y sociales dentro de la actividad asistencial de cada día, por falta de tiempo, formación y dificultades para la coordinación con los recursos sociosanitarios; persisten mitos y estereotipos en los problemas del adolescente. La investigación y los centros de formación son mínimos comparados con los de otras edades, hay poco conocimiento de los aspectos sanitarios básicos y de cuáles son las causas socioculturales que intervienen en los trastornos de los adolescentes. El pediatra Roswell Gallagher, pionero en este campo, en 1957 escribió: "incluir la atención del adolescente en la enseñanza de la Pediatría ofrece una oportunidad única para lograr experiencia y conocimiento de sus características y necesidades, si no hacemos esto cuando intentamos su tratamiento y cuidados..., si sólo tratamos su enfermedad y nos olvidamos de él, ignorará nuestros consejos, faltará a la siguiente cita, no cumplirá su medicación, y perderá su confianza..." .

En el futuro crecerá su demanda asistencial por una mayor vulnerabilidad para enfermar, debido al aumento de estrés psicológico en una sociedad compleja, con valores inseguros y cambiantes y múltiples patrones válidos de comportamiento.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL

Hasta el momento actual existen en nuestro medio muy escasas unidades hospitalarias con áreas destinadas para adolescentes, tal vez porque no existen evidencias sobre el coste/efectividad que apoyen su necesidad. Los ingresos hospitalarios de adolescentes son escasos, la edad más habitual es de 10 a 18 años y el número de admisiones varía según los países y la organización de los centros, aproximadamente es del 5 al 30% de los totales. Es imprescindible que se instalen en salas abiertas que reúnan las condiciones adecuadas, a excepción de los enfermos psiquiátricos con riesgo de suicidio que necesitan lugares con mayor contención física.

Necesitan tener unos recursos materiales básicos, un mobiliario de tamaño adecuado, camilla de exploración adaptable para exploración ginecológica. Un espacio para estar, comer o recibir educación para la salud y un despacho médico, con una zona aislada para la exploración, que permita mantener la intimidad personal y realizar técnicas diagnósticas.

Los recursos humanos son mucho más importantes que los materiales, es necesario disponer de un equipo básico, formado por especialistas en Medicina del Adolescente y enfermeras voluntarias, nunca obligadas a ejercer su trabajo con los adolescentes. Los consultores, como el psiquiatra, psicólogo, ginecólogo y otros especialistas necesarios, deben trabajar coordinados por el responsable del paciente de forma **interdisciplinaria**. La complejidad de los equipos dependerá de la

dotación de recursos, sin olvidar la importancia que tienen el trabajador social y el maestro.

La consulta externa del hospital debe reunir unas condiciones mínimas, tener un lugar reservado para vestirse o desvestirse, aislado de la vista del personal que atiende la consulta. La sala de espera no debe ser compartida con niños de corta edad o pacientes mayores o ancianos, porque favorece la inseguridad y falta de confianza en el médico.

La atención de pacientes adolescentes en el hospital por médicos especializados incrementa el rendimiento y la eficiencia de la labor realizada porque saben cómo y qué hacer. El conocimiento de su morbilidad favorece el interés, mejora la relación médico-paciente y da mejor calidad de asistencia. Todo esto se difunde en el medio y atrae a otros adolescentes que crean nuevas necesidades, lo que justificará el aumento de los recursos económicos dedicados a la asistencia.

En las unidades de urgencias los adolescentes mayores de 14 años plantean dificultades en los servicios de Pediatría actuales o en hospitales pediátricos, su asistencia depende del deseo del médico que esté de guardia y de la presión asistencial del momento. Esta ambigüedad resulta contradictoria y caótica para los pacientes que están siendo vistos en una consulta y son rechazados en la urgencia y enviados a otras áreas u hospitales, lo que contribuye a un menor número de ingresos y de ocupación de camas para adolescentes. La legislación vigente del Sistema Nacional de Salud sobre los límites de edad en atención pediátrica no contradice que se amplíe a los 18 años pues permite la libre elección de los asegurados.

Las ventajas de la asistencia médica en el hospital son numerosas, tanto para los médicos como para los pacientes. Entre ellas se pueden citar las siguientes:

1. Tener una consulta específica, no compartida con niños o adultos, que permite centrar sus problemas.
2. Ser atendidos por personal preparado que sabe y comprende sus necesidades.
3. En caso de necesitar hospitalización disponen de un lugar físico apropiado que preserva la intimidad, permite relacionarse con gente de la misma edad y tener espacios para ocupar el tiempo libre y continuar la escolarización.
4. Disponer a la vez de otros profesionales del equipo, trabajadores sociales, psicólogos, maestros que pueden facilitar la relación con los recursos sociales.
5. El tratamiento de problemas especiales como los trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, o problemas ginecológicos, considerados difíciles de controlar en unidades pediátricas o psiquiátricas convencionales.
6. La concentración de pacientes permite realizar investigación y establecer programas de docencia para estudiantes, residentes y formación continuada.
7. La adquisición de mayor adiestramiento y habilidad de las enfermeras para la relación con el adolescente.
8. La ventaja más importante es la asistencia integral, a la vez que se atiende el problema médico primario se valoran también otros aspectos de la salud.

Toda unidad debe contar con un **programa de salud** para los adolescentes, con unas líneas generales aplicables a todos que nos permitan conocer los principales aspectos del desarrollo en este momento de la vida. El control de la progresión de los signos puberales, el desarrollo y la aptitud física y las recomendaciones para mejorarla, de forma que se les ayude a realizar con éxito los esfuerzos de cada día sin acabar agotados, la aplicación correcta de las vacunaciones y la higiene bucodental. En el área psicosocial es importante la vigilancia de la maduración psíquica e intelectual y las relaciones familiares, escolares y sociales y en el de la salud mental vigilar la correcta adaptación al medio y la existencia de factores de riesgo para presentar enfermedades mentales y drogadicción. La educación sexual y la prevención de las ETS.

La aplicación de un programa de salud por personal entrenado tiene como resultado un trabajo más gratificante y eficiente que revierte en la institución donde se lleva a cabo la cual obtiene importantes beneficios. Al tener sanitarios bien adiestrados utilizan mejor los recursos y consiguen un menor coste por proceso y una mayor calidad de la asistencia, se amplía así la cartera de servicios lo que permite recibir una mayor dotación de recursos. La institución consigue de esta manera un mayor renombre.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA DE ADOLESCENTES EN HOSPITALES

En el momento actual existen muy pocos hospitales que atiendan a adolescentes con un programa organizado, a lo sumo se inicia la asistencia en áreas pediátricas hasta los 14 años. Los mayores de esta edad están en hospitales generales, junto con pacientes de otras edades, en donde son atendidos por un problema concreto, principalmente orgánico, de una forma monodisciplinar. Esta situación resulta insuficiente para las necesidades reales de los jóvenes, los cuáles no encuentran un lugar al cual acudir que les ofrezca seguridad de ser bien acogidos.

Con el tiempo se ha ido produciendo una mejora de la calidad de vida infantil favorecida por el uso de antibióticos, la aplicación de las vacunas y la mejor preparación de los profesionales de atención primaria que ha ocasionado una disminución de la ocupación en las clínicas pediátricas. Interesa ahora aumentar la edad de los pacientes, y atender nuevos problemas, porque además existe demanda social y posibilidades de mejorar la salud de los adolescentes. Es sin duda más probable que se empiece su atención en estos centros.

La situación actual no es deseable, cuando se ingresan adolescentes con personas de otras edades se generan importantes inconvenientes para el paciente, el médico y el personal de enfermería.

Cuando está con niños pequeños, en las **unidades pediátricas** puras, el **adolescente** no puede establecer contacto de iguales, relacionarse o compartir experiencias. Le molesta el llanto del pequeño compañero y como suelen estar presentes los padres del niño, se limita su intimidad. No confía en el médico que atiende a lactantes y preescolares porque supone que des-

conoce o está muy poco interesado en comprender sus preocupaciones.

El médico no acostumbrado a la relación con adolescentes se siente incómodo por desconocer las características diferentes y especiales del paciente, sus expectativas y su realidad, le falta experiencia en la patología de la adolescencia. Le dedica más atención a los problemas físicos y menos a los psicosociales, con lo cual sólo se atiende una parte de sus necesidades.

Las enfermeras tienen una relación incómoda y forzada por la inexperiencia en el trato con pacientes de edad próxima a la propia, las jóvenes, o muy alejada, las mayores. Encuentran dificultad para imponer autoridad ante la rebeldía y el negativismo del paciente con lo cual acaban estableciendo normas rígidas que siempre resultan conflictivas.

Actualmente en los **hospitales de adultos** la mayoría de los ingresados son personas ancianas o con problemas médicos graves o situaciones terminales. El paciente adolescente percibe menor sensibilidad y empatía por parte del médico, porque está muy sobrecargado por la alta presión asistencial. Él cree que sus preocupaciones son subestimadas por tener una relativa importancia en este medio de mayor gravedad. Finalmente, es fácil pensar que sólo se presta atención a la enfermedad orgánica y ninguna a la psicosocial.

Por parte de los médicos y las enfermeras se tiende a homologar al paciente a los individuos adultos, se minimiza el componente emocional de la hospitalización y su repercusión en la evolución de la enfermedad.

Tanto en unas unidades como en otras, si no son específicas para adolescentes, hay mayor predisposición a las simpatías y antipatías, es más difícil evitar la contratransferencia, es decir, mantener la imparcialidad frente al paciente.

FUTURO DE LAS UNIDADES A NIVEL HOSPITALARIO Y... ¿HASTA CUÁNDO EL PEDIATRA?

En 1938 la Academia Americana de Pediatría estableció los límites de la edad pediátrica en los siguientes términos: "la práctica de la Pediatría empieza en el momento del nacimiento y continúa a través de la adolescencia, terminando a los 18 años de vida". En 1969 se solicitó una ampliación del campo de la Pediatría en sus dos extremos, el período prenatal desde el momento de la concepción y el de adulto joven hasta los 21 años (Pediatrics 1972; 49 (2):463). En los países pioneros en la atención al adolescente son los pediatras quienes la han comenzado, porque la continuación del crecimiento y desarrollo y la actividad preventiva está muy relacionadas con el quehacer pediátrico.

Ante esta circunstancia cabe preguntarse: ¿hasta cuándo debe continuar el pediatra? Posiblemente lo sensato sea no poner límites rígidos en la edad de corte, por las siguientes razones:

- Aceptar, pacientes sin límite de edad favorece la libre competitividad entre las instituciones y los profesionales.
- Se respeta el deseo del médico de mantener la continuidad del tratamiento.

- Se favorece la capacitación de los profesionales y sus preferencias, porque es necesario aumentar el conocimiento y la experiencia en los procesos que sólo se ven en la adolescencia.
- Existen barreras y dificultades en el paso de los enfermos crónicos al nivel asistencial de adultos.
- Muchos pacientes desean continuar con sus médicos y es deseable mantener la confianza y sintonía del paciente, hasta que se establezca con otro especialista o en otras unidades.

En los centros en los que sea necesario mantener un orden administrativo, o regular el número de pacientes y respetar los lícitos deseos de los subespecialistas médico-quirúrgicos que no deseen atender a los mayores en determinadas patologías, debe existir un límite para la edad. Los 18 años sería el punto de corte ideal, porque permite recoger experiencia de la adolescencia en sus tres fases: temprana (14 años), media (16 años) y tardía (18 años).

Objetivos y programa

Todo centro debe contar con una planificación asistencial, con unos objetivos concretos y un programa de atención ajustado a las necesidades de su población. La unidad de adolescentes en el hospital nunca debe tener directrices monográficas de tipos psiquiátrico, endocrinológico, o de planificación familiar. No cumpliría el principio deseable de asistencia a todos los problemas de un adolescente, y a los de todos. Debe tener un carácter integral para atender los problemas físicos, sociales y psicológicos, con un programa de salud adaptado a esta etapa. El programa debe contener unos principios generales que marquen los objetivos principales, entre ellos:

- Los criterios de actuación: asistencia integral, educación sanitaria y participación del adolescente y la familia.
- Conocimiento de la población diana a la que va dirigida la atención
- Metodología de las actividades a realizar, organización distribución, horarios.
- Información y asesoramiento de pacientes y familiares.
- Recursos materiales y humanos.
- Valoración periódica y análisis de los resultados.

Los **objetivos asistenciales** son la parte más importante, las líneas principales son:

- Evaluación del crecimiento y la maduración física, psicológica e intelectual y la correcta adaptación al medio.
- Diagnóstico y tratamiento del adolescente enfermo en los planos somático, psíquico y social.
- Prevención de la patología prevalente.
- Actividades de prevención en un problema concreto de demanda social.
- Educación sanitaria para alcanzar y conservar la salud.
- Actividades específicas para grupos de patología especial.
- Promover la investigación para desarrollar el conocimiento científico en todos los aspectos del proceso de la adolescencia.
- Formación continuada de los profesionales.

- Docencia de pre y postgrado para la formación de nuevos especialistas.

Los adolescentes tienen el derecho de recibir asistencia especializada con un programa que recoja todas sus necesidades de salud, que pueda ser aplicado a todos y también a los grupos de patología especial como los trastornos del comportamiento alimentario o las enfermedades crónicas.

Dificultades actuales

Existen muchas dificultades pendientes de solución para conseguir una implantación definitiva de la asistencia médica al adolescente. La falta de personal preparado médico y de enfermería, el bajo índice ocupacional, la imposibilidad de conseguir resultados a corto plazo, junto a otras de tipo administrativo, como falta de apoyo de la gerencia, escasez de recursos económicos, problemas de ubicación, espacio reducido y mal acondicionamiento físico, son algunas de ellas. Las más importantes son:

1. La formación de equipos y preparación adecuada del personal por carecer de centros acreditados en el país, sobre todo en áreas de mayor dificultad para obtener experiencia como los problemas relacionados con la sexualidad, consumo de drogas, salud mental. Esta carencia limita las vocaciones en los profesionales.
2. El funcionamiento correcto de los equipos interdisciplinarios por el solapamiento de las competencias, límites de actuación, la preponderancia o subordinación entre los profesionales y unificación de criterios de actuación.
3. Reconocimiento y aceptación de las peculiaridades del adolescente por los especialistas convencionales cuya actitud hacia ellos es la misma que hacia los pacientes de otras edades.
4. La rentabilidad de las unidades, la gestión actual de los hospitales sigue una tendencia de ahorro y conseguir objetivos de una eficiencia inmediata, muy difíciles de aplicar a los adolescentes. Por el contrario, éstos requieren una prioridad basada en la prevención y el bienestar sobre la económica, consumen recursos de tiempo y personal y los resultados se obtienen a largo plazo. El bajo índice de ocupación obliga a ocupar camas con niños más pequeños para mantener el rendimiento.
5. La lucha entre distintos especialistas por la ocupación de camas, pediatras, internistas, endocrinólogos, psiquiatras, con el riesgo de diversificar la asistencia y actuar de forma unilateral.
6. Lograr el apoyo de los gerentes porque están preocupados por los presupuestos y objetivos de eficiencia y rentabilidad. Los adolescentes tienen baja morbilidad en la patología orgánica que es la admitida como prioritaria, por ello producen un bajo índice de ocupación y de estancias hospitalarias. Es difícil negociar objetivos con esta situación.

A pesar de todo, estas dificultades no deben considerarse un impedimento insalvable, pues su solución está en la lucha para resolverlas y no en la renuncia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilcox WD. Role of general pediatricians in adolescent health care. *J Pediatr* 1991; **118**: 156-57.
2. Klein JD, Slap GA, Elster AB, Schromberg SK. Access to health care for adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adol Health Care* 1992; **13**:162-70.
3. Neinstein L. Comentarios en torno a problemas frecuentes en la salud del adolescente. *An Esp Pediatr* 1993; **39** (S 54): 19-32.
4. Fisher M. Adolescent inpatient units. *Arch Dis Child* 1994; **70**: 461-63.
5. Burgio GR. Adolescence and paediatrics in Europe. *Eur J Pediatr* 1994; **153**: 706-71.
6. Suris JC, Parera N, Puig Rovira C. Qué piensan los adolescentes de su médico: Una comparación entre pediatras y médicos de adultos. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 326-28.
7. Adolescent inpatient units: A Position Statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health Care* 1996; **18**: 307-8.
8. Sigman G, Silver TJ, English A, Epner JE. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1997; **21** (6): 408-15.
9. Emans SJ, Bravender T, Knight J, Frazer C, et al. Adolescent Medicine Training in Pediatric residency Programs: Are We Doing a Good Job? *Pediatrics* 1998; **102**: 588-95.
10. Donovan CH, Li J, Taylor B, Abdulazziz J K. Teenagers in hospital: what do they want? *Nursing Standard* 1999; **13** (23): 49-51.
11. Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/NewPublication/overview/CAH_Strategy_EN.pdf.
12. Ford CA, Reif CH, Rosen DS, Emans SJ, Lipa-Glaysier B, Fleming M, Wilson T. The AMA Residency Training in Adolescent Preventive Services Project: Report of the Working Group. *J Adolec Health* 2001; **29**: 50-8.
13. Viner RM. National Survey of use of hospital beds by adolescents aged 12 to 19 in the United Kingdom. *BMJ* 2001; **322**: 957-8.
14. Sawyer S, Shea L, Patton GC. Do we need specialist units for adolescents in hospitals? *BMJ* 2001; **323**: 401.
15. Patton GC, Sanci LA, Sawyer S. Adolescent Medicine. *Med J Austr* 2002; **176** (1): 3-5.
16. Sánchez Artilés JJ, Ortigosa M, Prieto M, Cañas A, Suárez P. Salud del adolescente. *Bol Soc Can Ped* 2002; **26** (2-3): 129-47.
17. Hutton A. The private adolescent: Privacy needs of adolescent hospitals. *J Pediatr Nursing* 2002; **17** (1): 67-72.
18. Orientation Programme on Adolescent Health for Health-Providers. http://www.who.int/child_adolescent_health/NewPublication/ADH/ISBN_92_4_159126_9.htm. Accessed April 20, 2006
19. Akibami L, Gandhi H, Cheng T. Availability of adolescent health services and confidentiality in primary care practice. *Pediatrics* 2003; **111**: 394-401.
20. Kang M, Bernard D, Quine S, Alpersterin G, Usherwood T, Bennett D. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. *British J Gen Pract* 2003; **53**: 947-52.
21. Bennett D, Tonkin R. International developments in adolescent health care: a story of advocacy and achievement. *J Adolesc Health* 2003; **33**: 240-51.
22. Alderman EH, Rieder J, Cohen MI. The history of Adolescent Medicine. *Pediatric Research* 2003; **54** (1):135-47.
23. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 2004; **89**: 938-42.
24. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with chronic condition. Part II: health care provision. *Arch Dis Child* 2004; **89**: 943-9.
25. Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ* 2005; **7486**: 301-4.
26. Hutton A. Consumer perspectives in adolescent ward design. *J Clinical Nursing* 2005; **14** (5): 537-45.
27. Lam PY, Fitzgerald BB, Sawyer S. Young adults in children's hospitals: why are they there? *Med J Austr* 2005; **182** (8): 381-84.
28. Reiss JC, Gibson RW, Walker LR. Health care transition: youth, family and provider perspectives. *Pediatrics* 2005; **115** (1):112-20.
29. Sanci LA, Sawyer SM, Kang M, Haller DM, Patton GC. Confidential health care for adolescents: reconciling clinical evidence with family values. *Med J Austr* 2005; **183** (8):410-14
30. Yeo MS, Bond LM, Sawyer S. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. *Med J Austr* 2005; **183** (8): 427-29.
31. Bennett DL, Tonkin RS. International developments in adolescents health care: a story of advocacy and achievement. *J Adolesc Health* 2005; **36** (3): 160-1.
32. Ozer EM, Adams SH, Lusting JL y cols. Increasing the screening and counseling of adolescent for risky behaviours: a primary care intervention. *Pediatrics* 2005; **115**: 960-9.
33. Yeo MS, Bond LM, Sawyer SM. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. *Med J Austr* 2005; **183** (8):427-9.
34. Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R. Adolescent medicine in pediatric practice. *Arch Dis Child* 2005; **90** (11):1133-37.
35. Burns JJ, Sadof M, Kamat D. The adolescent with a chronic illness. *Pediatrics Annals* 2006; **35** (3): 207-16.
36. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing. Conjunto de beneficios de la atención sanitaria para los niños desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. *Pediatrics* (Ed Esp) 2006; **61** (3):190-2.
37. Greenberg MT. Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with Neuroscience. *Ann N Y Acad Sci* 2006; **1094**: 139-50.
38. Viner RM. Do adolescents inpatient wards make a difference? Findings from a National Young Patient Survey. *Pediatrics* 2007; **120** (4):749-35.